

## **Guía Técnica**

# Sistema de información de apoyo a la resolución de reclamos de licencias médicas en la Superintendencia de Seguridad Social



## TABLA DE CONTENIDOS

1. Contexto de los Desafíos Públicos .....	3
2. Antecedentes de la Convocatoria para el lanzamiento de los Concursos de Innovación Abierta.....	4
3. Objetivos y resultados esperados .....	6
4. Detalle de Etapas .....	8
Etapa 1: Validación de Entornos Relevantes / Simulados .....	9
1.1 Inicio de la Etapa 1: .....	9
1.2 Resultado de la Etapa 1: .....	9
1.3 Plazos de la Etapa 1: .....	10
1.4 Número de proyectos a adjudicar en la Etapa 1: .....	10
1.5 Monto y porcentaje de Cofinanciamiento de cada proyecto en la Etapa 1: ....	10
1.6 Aportes de Superintendencia de Seguridad Social en la Etapa 1:.....	10
Etapa 2: Validación de Entornos Reales .....	11
2.1 Inicio de la Etapa 2: .....	11
2.2 Resultado de la Etapa 2: .....	11
2.3 Plazos de la Etapa 2: .....	12
2.4 Número de proyectos a adjudicar en la Etapa 2: .....	12
2.5 Monto y porcentaje de Cofinanciamiento de cada proyecto en la Etapa 2: ....	12
2.6 Aportes de la Superintendencia de Seguridad Social en la Etapa 2: .....	12
5. Consideraciones de la Superintendencia de Seguridad Social para el desarrollo del proyecto.....	13
6. Resumen del proyecto .....	14
7. Anexos.....	15
7.1 Anexo N1: Etapa del proceso de reclamo de SUSESO .....	15
7.2 Anexo N°2: Estadística de tipo de extensión de documentos digitalizados .....	19
7.3 Resoluciones mandante y tipos de reclamación general .....	19



## **1. Contexto de los Desafíos Públicos**

Desafíos Públicos es un programa que apoya a organismos del Estado a encontrar soluciones a Desafíos de interés público que requieran Investigación, Desarrollo (I+D) y/o desarrollo tecnológico para ser resueltos y generar un impacto positivo en el desarrollo económico, ambiental y social a nivel país. El programa es una manera de enfrentar problemas complejos que requieren aproximaciones transdisciplinarias y multisectoriales para ser abordados íntegramente. Desde un rol coordinador el Estado fomenta activamente el desarrollo tecnológico e innovación orientados a dar solución a los Desafíos públicos que el país presenta y que afectan a su población ya sea a nivel local, regional o nacional.

Por medio de una metodología de Desafíos, el programa busca desarrollar soluciones a problemas de interés público en ámbitos de acción de organismos públicos mediante Concursos de Innovación Abierta para emprendedoras/es, Startups, equipos universitarios, empresas, entre otros. Cada concurso financia una carrera de desarrollo de prototipos para lograr una aplicación industrial lista para implementar y que el Organismo Público pueda adquirir.

El programa es gestionado en conjunto por el Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación (MinCiencia), el Laboratorio de Gobierno del Ministerio de Hacienda (LabGob) y la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID).

El presente instrumento busca contribuir a encontrar soluciones innovadoras a problemas de interés público que requieran de un desarrollo tecnológico e innovación, conectando a quienes demandan estas soluciones, en este caso la Superintendencia de Seguridad Social con potenciales oferentes provenientes del sistema nacional de innovación.

En particular, el problema o Desafío de innovación interés público que se requiere resolver se denomina "Sistema de información de apoyo a la resolución de reclamos de licencias médicas en la Superintendencia de Seguridad Social", cuyo objetivo es desarrollar un sistema que permita incorporar nueva información confiable y oportuna, capturada de diversas fuentes y múltiples formatos, para apoyar el proceso de ingreso, tramitación y resolución de reclamaciones, permitiendo disminuir los tiempos y mejorar la calidad de las respuestas por parte de la institución a los usuarios.

Para abordar este Desafío, ANID pone a disposición el lanzamiento de concursos de innovación abierta, la cual es resultado del trabajo en conjunto con el Ministerio de Ciencia, Tecnología Conocimiento e Innovación, Laboratorio de Gobierno y la Superintendencia de Seguridad Social.

La función de esta Guía Técnica es orientar a las personas usuarias en la elaboración de su postulación a la convocatoria de Desafíos Públicos 2023: "Sistema de información de apoyo a la resolución de reclamos de licencias médicas en la Superintendencia de Seguridad Social", entregando información relevante para ser utilizada en la formulación.

En conjunto con esta Guía Técnica, se acompañarán las Bases del instrumento "**Desafíos Públicos 2023**" y que contienen todas las directrices y normativas respecto del proceso de postulación, admisibilidad, evaluación, seguimiento, cierre de los proyectos y temas administrativos que no forman parte de la Guía Técnica.


## **2. Antecedentes de la Convocatoria para el lanzamiento de los Concursos de Innovación Abierta**

El año 2021 fueron tramitadas 8.508.008 licencias médicas (LM) de un total de emitidas de 9.302.296, observándose una tendencia anual al alza. En caso de que este pronunciamiento sea un rechazo o reducción, los trabajadores pueden apelar al resultado. En este sentido, el 10,5% de las LM tramitadas del Sistema en su conjunto son rechazadas en primera instancia, siendo mayor este rechazo en ISAPRES (20,8%) comparativamente a FONASA (7,8%). En el caso de FONASA el 32,9% de las LM reclamadas son revertidas, mientras que en ISAPRES se revierte el 59,3%. Si existe disconformidad de los usuarios con los resultados de este primer trámite, estos pueden reclamar ante la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), última instancia de reclamación luego de la COMPIN, siendo acogidas el 38,4% de estas reclamaciones. Finalmente, al término de todo este proceso, sólo el 6% de las licencias médicas tramitadas en 2021 fueron rechazadas (el 5,4% en FONASA y el 8,4% en ISAPRE).

En la SUSESO la revisión de estos casos reclamados es manual, la que se inicia con la lectura, transcripción y clasificación de antecedentes caso a caso en la mayoría de las situaciones, y continúa con una serie de pasos y juicios expertos para determinar si se revierte o se mantiene el rechazo o modificación a una licencia médica, lo que se traduce en que el proceso de resolución no sea tan rápido, ver Anexo N°1. Debe considerarse que el proceso en la SUSESO se agrega al proceso previo vivido por la ciudadanía, donde se entera de su rechazo y debe reclamar en primera instancia en la entidad que corresponda, ISAPRE y/o COMPIN, lo que cobra especial relevancia al considerar las proyecciones de un creciente volumen total de licencias médicas por año (8,5 millones de LM tramitadas en 2021 y del orden de 9,5 millones para 2022), sumado a que cerca de un 5% del total de licencias médicas tramitadas es rechazada, pero finalmente la resolución original es revertida.

Dada esta situación, se presenta la oportunidad de aprovechar el gran volumen de datos en formato digital obligatorio (más de 9 millones de licencias médicas electrónicas), para mejorar los procesos de trámite de los reclamos en SUSESO, con el objetivo de dar una respuesta más oportuna a los ciudadanos. Cabe recordar que la respuesta o resolución de manera positiva podría implicar para el trabajador recibir el pago de la remuneración equivalente por el periodo en que estuvo enfermo (subsidio por incapacidad laboral o SIL). Aunque esta problemática afecta transversalmente a todo el universo de reclamantes, la situación es aún más urgente para los trabajadores con menos recursos, o situaciones especiales que reclaman por una resolución más justa y mucho más rápida. Los retrasos en los tiempos de resolución de un reclamo afectan de forma directa y muy negativa a personas que cuentan con estos recursos para satisfacer sus necesidades básicas con relativa normalidad, existiendo casos aún más complejos, ya que un grupo de personas quedan con una situación detenida entre una condición de rechazo de licencia y el proceso para obtener una pensión de invalidez.


Problema resumido: "La institución no ha logrado responder en un tiempo adecuado (máximo 30 días hábiles) las reclamaciones ciudadanas por modificación (rechazo o reducción) de licencias médicas."



Problema: La resolución de las reclamaciones recibidas en SUSESO requiere que se clasifique adecuadamente al usuario y su reclamo, así como también los antecedentes adjuntos. Sin embargo, estos últimos pueden ser documentos de diversa naturaleza, alguno de ellos no estructurados, que se adjuntan en distintos formatos. Esta variabilidad entre casos hace que el proceso de revisión de antecedentes deba ser realizado manualmente, lo que afecta en la eficiencia, calidad y oportunidad en la obtención de un resultado.

Desafío: Desarrollar un sistema que permita incorporar nueva información confiable y oportuna, capturada de diversas fuentes y múltiples formatos, para apoyar el proceso de ingreso, tramitación y resolución de reclamaciones, permitiendo disminuir los tiempos y mejorar la calidad de respuesta por parte de la institución a los usuarios.

- Descripción de la Experiencia internacional sobre cómo abordan la problemática identificada. Experiencia comparada.
  - Reconocimiento óptico de caracteres (OCR): El OCR es una tecnología que permite identificar y extraer texto impreso o escrito a mano de imágenes o documentos escaneados. El OCR convierte las imágenes de los caracteres en texto editable y procesable. Esta capacidad existe en Software como Adobe Acrobat Professional y también en las multifuncionales que digitalizan documentos en papel. Sin embargo, se generan 2 problemas a partir de esto, de lo cual el software no se encarga directamente: el primero es que no se asegura un nivel de precisión de la conversión en OCR y el segundo es que no hay una solución estándar para reconocer documentos en letra manuscrita.
  - ABBYY: ABBYY es una empresa líder en tecnología de OCR y ofrece soluciones avanzadas de extracción de datos desde documentos PDF. Sus herramientas permiten extraer datos de forma precisa y rápida, incluso en documentos con diseños complejos.
  - UiPath: UiPath es una empresa especializada en automatización robótica de procesos (RPA) y ofrece soluciones para extraer datos de documentos PDF de manera automatizada. Sus herramientas utilizan técnicas de OCR y NLP para extraer información relevante.
  - IBM Watson: IBM Watson es una plataforma de inteligencia artificial que ofrece capacidades de extracción de datos desde archivos PDF. Utilizando tecnologías de OCR y procesamiento del lenguaje natural, permite extraer información estructurada y semántica de documentos PDF.
  - Rossum: Rossum es una empresa que se centra en la extracción automatizada de datos desde documentos, incluyendo archivos PDF.



Utilizan técnicas avanzadas de OCR y aprendizaje automático para extraer datos con alta precisión y velocidad.

- ParseHub: ParseHub es una plataforma de extracción de datos basada en la web que permite extraer información de documentos PDF, entre otros tipos de fuentes de datos. Ofrece una interfaz intuitiva y personalizable para configurar y ejecutar tareas de extracción de datos.

### **3. Objetivos y resultados esperados**

El objetivo general de la convocatoria enmarcado en el instrumento Desafíos Públicos es:

Desarrollar un sistema que permita incorporar información, capturada de diversas fuentes y múltiples formatos para apoyar el proceso de ingreso, tramitación y resolución de reclamaciones, e integre adecuadamente esta información al proceso, permitiendo disminuir la manualidad y, con ello, mejorar la calidad y los tiempos de respuesta de la institución a los usuarios.

Los objetivos específicos son:


1. Capturar información desde los documentos digitalizados y desde otras fuentes de datos e integrar con otros sistemas o aplicaciones.
2. Visualizar la información de licencias médicas y de otras fuentes de datos, de forma sistematizada.

Los resultados esperados globales son:

4. Sistema que permita extraer información, procesar, clasificar y almacenar los distintos tipos de documentos digitalizados, junto con determinar sus datos y metadatos asociados, e integrar automáticamente con la información de la reclamación.
4. Sistema de visualización de la información asociada a las licencias médicas de cualquier reclamante, desplegada de forma organizada, precisa e interactiva, de tal manera que permita ser usado por los profesionales médicos como herramienta de apoyo para la resolución del caso.


Se espera que las soluciones tecnológicas tengan los siguientes atributos y/o marco referencial que permita abordar el Desafío:

1. Configurable: El sistema debe procesar documentos digitales en diversos formatos de origen (tales como: PDF, JPG, JPEG, PNG, entre otros), permitiendo



configurar los distintos tipos de documentos según causales de reclamación y sus metadatos.

2. Automático: El sistema debe rescatar de manera automática los valores de los metadatos asociados al tipo de documento procesado y sistematizar estos registros (almacenar en estructura de datos o integración con otros sistemas). El sistema debe permitir analizar el lenguaje natural desde los metadatos sistematizados configurados para esta tarea.
3. Rápido: El sistema debe permitir rescatar la información desde los documentos en un tiempo significativamente inferior al procesamiento actual, de manera que permita disminuir los tiempos de respuesta y que no retrase el flujo normal de trabajo. Considerando un tiempo esperado dentro del rango aproximado entre 3 a 5 minutos por documento.
4. Confiable: La información entregada por el sistema debe ser lo más cercana posible a lo registrado en el documento, de tal manera que los datos obtenidos estén en un rango del 95% de confianza. El sistema debe permitir que el usuario confirme el contenido de los datos y metadatos, pudiendo corregir digitando el registro correcto y aprendiendo de dicha corrección.
5. Seguro: El sistema debe garantizar la protección de la información contra accesos no autorizados, manipulación indebida o pérdida. Debe implementar medidas de seguridad adecuadas para salvaguardar la integridad y la confidencialidad de los datos. Considerando las políticas de seguridad de la información de la Superintendencia de Seguridad Social (Anexo N°6).
6. Interoperabilidad: El sistema debe ser capaz de integrarse con otras fuentes de datos relevantes, como el sistema de reclamaciones, bases de datos, APIs u otros mecanismos de intercambio de datos.
7. Escalable: El sistema debe ser escalable para manejar grandes volúmenes de datos y registros automáticos. Debe tener la capacidad de gestionar eficientemente la creciente cantidad de información generada sin comprometer el rendimiento del sistema. Se debe considerar un procesamiento diario de aproximadamente 100 documentos.

- 
8. **Experiencia Usuario:** El sistema debe otorgar una experiencia digital satisfactoria y la experiencia del usuario debe incluir la usabilidad del producto, su funcionalidad, confianza, valor, apariencia y simplicidad.
  9. **Diseño en contexto:** El sistema debe permitir a los usuarios poder explorar, filtrar y manipular los datos para obtener información relevante. El sistema debe permitir la visualización de datos siguiendo principios de diseño coherentes y consistentes en todo el sistema. Se deben utilizar colores, fuentes, estilos y formatos de manera consistente para facilitar la interpretación y evitar confusiones. Los datos visualizados deben presentarse en un contexto relevante para el usuario. Esto implica proporcionar información adicional, como etiquetas, títulos, leyendas y descripciones, que ayuden a comprender el significado y la importancia de los datos presentados.

#### **4. Detalle de Etapas**

La presente convocatoria tendrá 2 Etapas que se llevarán a cabo en forma consecutiva, las cuales se denominan:

- **Etapa 1: Validación de entornos relevantes o simulados**  
Sistema que permite procesar, almacenar, clasificar y extraer desde los documentos digitalizados y desde otras fuentes, los datos y metadatos, integrándose automáticamente con otras aplicaciones o sistemas.
- **Etapa 2: Validación de entornos reales**  
Sistema capaz de generar la visualización de los datos e información asociada a las licencias médicas de cualquier reclamante, desplegada de forma organizada, precisa e interactiva, de tal manera que sea usado por los profesionales médicos como herramienta de apoyo para la resolución del caso.

En cada una de las Etapas se desarrollarán actividades conducentes a alcanzar los resultados esperados en ellas. Asimismo, cada Etapa tendrá un número de proyectos seleccionados, los que serán indicados en este mismo apartado.

A continuación, se detallan las Etapas que contendrá la presente convocatoria:



## **Etapa 1: Validación de Entornos Relevantes / Simulados**

### **1.1 Inicio de la Etapa 1:**

El proceso de admisibilidad, evaluación y adjudicación de los proyectos que ingresen a la Etapa 1, se regirá de acuerdo con lo indicado en el punto referente a Proceso de Evaluación, Adjudicación, Ejecución y Término de los Proyectos de las bases de Desafíos Públicos 2023.

Al momento de la postulación, cada postulante deberá contar con un prototipo validado a nivel de laboratorio. Para la presente convocatoria se entenderá como prototipo validado en laboratorio al Sistema que sea capaz de procesar, extraer y almacenar datos desde los documentos digitalizados en distintos formatos, tales como: PDF, JPG, JPEG y PNG.

### **1.2 Resultado de la Etapa 1:**


El resultado de esta Etapa será un prototipo validado en entornos relevantes o simulados. Se entenderá como prototipo en entornos relevantes o simulados a:

Sistema que permite extraer, procesar, clasificar y almacenar desde los documentos digitalizados y desde otras fuentes, los datos y metadatos.

La validación a nivel de entornos relevantes / simulados se entenderá como: la lectura de datos desde documentos digitalizados, procesando aproximadamente 100 documentos diarios en un tiempo aproximado por documento entre 3 a 5 minutos, obteniendo los datos con un 95% de confianza. Además, debe permitir una visualización básica de los documentos digitalizados, sus metadatos y datos obtenidos, para que un usuario pueda confirmar o corregir los registros, generando aprendizaje automático.

Se espera que el prototipo cumpla, con al menos, los siguientes requisitos/parámetros/atributos:

1. El sistema debe procesar documentos en distintos formatos de origen, tales como:
  - Documentos con extensión PDF
  - Documentos con extensión JPG
  - Documentos con extensión JPEG
  - Documentos con extensión PNG
2. El sistema debe permitir configurar los distintos tipos de documentos según sus metadatos y tipos de datos, teniendo en cuenta que la solución debe escalar a otros tipos de documento. Se debe considerar los tipos de documentos especificados en el Anexo N°4.
3. El sistema debe rescatar de manera automática el contenido de los metadatos asociados al tipo de documento procesado y sistematizar estos registros (almacenar en estructura de datos o integración con otros sistemas).
4. El sistema debe procesar aproximadamente 100 documentos por día.

- 
5. El sistema debe procesar un documento en aproximadamente entre 3 a 5 minutos.
  6. El sistema debe obtener los datos desde los documentos digitalizados con un nivel de confianza esperado del 95%.
  7. El sistema debe permitir validar los datos que se capturaron desde los documentos digitalizados, permitiendo visualizar el contenido, sus metadatos y datos, para que un usuario pueda confirmar o corregir, registrando este resultado.
  8. El sistema debe permitir analizar el lenguaje natural desde los metadatos sistematizados configurados para esta tarea.
  9. El sistema debe garantizar la protección de la información contra accesos no autorizados, manipulación indebida o pérdida. El sistema debe implementar medidas de seguridad adecuadas para salvaguardar la integridad y la confidencialidad de los datos. Considerando las políticas de seguridad de la información de la Superintendencia de Seguridad Social (Anexo N°6).

### **1.3 Plazos de la Etapa 1:**

Las actividades de esta Etapa deberán desarrollarse dentro de un plazo máximo de 6 meses.

Para avanzar a la siguiente Etapa todos los proyectos adjudicados en la Etapa 1 deben presentar un informe de resultados y propuesta de continuidad a la Etapa 2 antes del término de la Etapa 1. Junto con esto, deberán declarar todos los gastos correspondientes al presupuesto ejecutado en la Etapa 1.

### **1.4 Número de proyectos a adjudicar en la Etapa 1:**

La presente convocatoria adjudicará en esta Etapa 5 proyectos.

### **1.5 Monto y porcentaje de Cofinanciamiento de cada proyecto en la Etapa 1:**

El monto por cofinanciar para cada proyecto adjudicado para la Etapa 1 es de hasta \$26.000.000, lo que corresponde hasta el 80% del costo total del proyecto. El porcentaje restante, mínimo 20% del costo total del proyecto, debe ser aportado por el beneficiario, y/o la(s) entidades asociada(s) en forma nueva o incremental.

### **1.6 Aportes de Superintendencia de Seguridad Social en la Etapa 1:**

Para la Etapa 1 los proyectos adjudicados podrán tener acceso a:

- Apoyo técnico de especialistas y expertos vinculados con áreas de tecnología (sistemas de información), proceso de reclamaciones (médica, jurídica y contable) y analistas de datos.
- Reuniones periódicas con equipo de SUSESO para resolución de dudas y avances de resultados.
- Disponibilidad de Datos e información vinculada con licencias médicas y flujo de reclamaciones, sujeto a convenio (Cláusula de protección de datos y confidencialidad de la información Anexo N°6).

- Conocimiento experto del negocio involucrado con el desafío respectivo, proporcionando insumos (documentos, guías, protocolos, flujos, manuales) relacionados con el objeto del proyecto: licencias médicas y reclamaciones.
- Disponibilizar información de experiencias pasadas vinculadas con iniciativas que buscaron objetivos similares a los que se buscan en este desafío: modelo de digitalización de documentos, explotación de datos, automatización de procesos.

## **Etapa 2: Validación de Entornos Reales**

### **2.1 Inicio de la Etapa 2:**

El proceso de evaluación y selección de proyectos que ingresen en la Etapa 2, será lo indicado en el punto referido al Informe de continuidad y evaluación de continuidad entre etapas de las bases de los Desafíos Públicos 2023.

Cada postulante deberá contar, al momento del inicio de la Etapa 2, con un prototipo validado a nivel entornos relevantes/simulados. Para la presente convocatoria, se entenderá como prototipo validado en entornos relevantes/simulados a: Sistema que permite extraer, procesar, clasificar y almacenar desde los documentos digitalizados, los datos y metadatos, integrándose automáticamente con otras aplicaciones o sistemas.


### **2.2 Resultado de la Etapa 2:**

El resultado de esta Etapa será un prototipo validado en entornos reales. Se entenderá como prototipo en entornos reales a: Sistema capaz de generar la visualización los datos e información asociada a las licencias médicas de cualquier reclamante rescatada desde otras fuentes de datos o sistemas y desplegarla de forma organizada, precisa e interactiva, de tal manera que permita ser usado por los profesionales médicos como herramienta de apoyo para la resolución del caso.

Se entenderá como validación a nivel en entornos reales a: Sistema que permita visualizar los datos e información asociada a licencias médicas, sistematizada de forma simple, oportuna y dinámica como una herramienta de apoyo a la toma de decisiones de los profesionales médicos. Debe considerar la visualización de al menos: información de todas las licencias médicas (considerando como mínimo información personal, días, diagnóstico, estado, tipos de reposo, empleador), datos obtenidos desde el procesamiento de documentos digitalizados, datos obtenidos desde otras fuentes de información, considerando lo especificado en el plan de prueba que será ejecutado por un equipo de expertos de la Superintendencia.

Se espera que el prototipo cumpla, con al menos, los siguientes requisitos/parámetros/atributos:

1. Levantamiento de información requerida por los profesionales médicos para una óptima labor de resolución del caso. Debe considerar la visualización de al menos: información de todas las licencias médicas (considerando como mínimo información personal, días, diagnóstico, estado, tipos de reposo, empleador),



datos obtenidos desde el procesamiento de documentos digitalizados, datos obtenidos desde otras fuentes de información.

2. El sistema debe desplegar la información rescatada desde los documentos y desde las distintas fuentes de manera rápida.
3. El sistema debe utilizar al menos los siguientes componentes de visualización, como mínimo: tablas o matrices de datos, filtros, paginación, gráficos, indicadores, alertas y notificaciones, paneles y pestañas.
4. El sistema debe cumplir con elementos básicos de usabilidad web, permitiendo mejorar la experiencia del usuario al interactuar con la plataforma, como mínimo: navegación intuitiva y diseño responsivo, descarga rápida (bajo condiciones normales de conexión a internet), diseño visual atractivo, contenido legible y escaneable, feedback y confirmaciones, accesible.
5. El sistema debe garantizar la protección de la información contra accesos no autorizados, manipulación indebida o pérdida. El sistema debe implementar medidas de seguridad adecuadas para salvaguardar la integridad y la confidencialidad de los datos. (Anexo N°6)
6. En el piloto, el sistema deberá demostrar la capacidad de operar 7 días a la semana durante las 24 horas, con un uptime del 99.5%.
7. El sistema debe proporcionar un administrador de usuarios que considere: Nombre de usuario, correo y contraseña. Permitiendo la recuperación de contraseña por correo electrónico.
8. El sistema debe controlar el acceso seguro a la plataforma a través de la validación de usuarios.

### **2.3 Plazos de la Etapa 2:**

Las actividades de esta Etapa deberán desarrollarse dentro de un plazo máximo de 12 meses.

### **2.4 Número de proyectos a adjudicar en la Etapa 2:**


La presente convocatoria adjudicará en esta Etapa un proyecto.

### **2.5 Monto y porcentaje de Cofinanciamiento de cada proyecto en la Etapa 2:**

El monto a cofinanciar por cada proyecto adjudicado para la Etapa N°2 es de hasta \$110.000.000, lo que corresponde hasta el 80% del costo total del proyecto. El porcentaje restante, mínimo 20% del costo total del proyecto, debe ser aportado por el beneficiario, y/o la(s) entidades asociada(s) en forma nueva o incremental.

### **2.6 Aportes de la Superintendencia de Seguridad Social en la Etapa 2:**

Para la Etapa 2 los proyectos adjudicados podrán tener acceso a:

- 
- Reuniones periódicas con equipo de SUSESO para resolución de dudas y avances de resultados.
  - Opinión Técnica y retroalimentación a los reportes de avance.
  - Coordinar recursos humanos para la ejecución del plan certificación, tales como: funcionarios analistas, profesionales médicos e ingenieros del área de tecnología, entre otros.
  - Implementar estrategia de gestión del cambio que disminuya el riesgo de fracaso de la solución tecnológica. Por ejemplo: campaña comunicacional interna, capacitaciones, presentación de resultados del proceso de definición del desafío.
  - Protocolo de pruebas: Checklist de pruebas a realizar para comprobar las funcionalidades y características del sistema que deben estar correctas. (Por definir).
  - Acceso a una base de datos con información de licencias médicas y datos de documentos digitalizados. (Posterior a la firma del acuerdo de confidencialidad).

## **5. Consideraciones de la Superintendencia de Seguridad Social para el desarrollo del proyecto**

- El Innovador y su personal deberán cumplir con las medidas de seguridad y de resguardo de información vinculada con toda la documentación y datos que la Superintendencia de Seguridad Social les provea en el contexto del Desafío, sin perjuicio del cumplimiento de la normativa vigente en materia de protección de datos personales.
- Tanto el Innovador, como los trabajadores que asigne a la ejecución de las labores relacionadas con el Desafío, deberán guardar estricto control y reserva sobre la información y documentos a los que tenga acceso durante y con posterioridad al desarrollo de la solución; y que hayan sido proporcionados por la Superintendencia de Seguridad Social. Cualquier documento o dato (nominado o innominado) al que hayan accedido directa o indirectamente, a propósito de la ejecución del Desafío, deberá ser tratado con la confidencialidad y reserva debida y deberá ser devuelto al finalizar la ejecución del mismo, según corresponda.
- La Superintendencia de Seguridad Social podrá, además, iniciar las acciones legales que correspondan, respondiendo el Innovador de todos los perjuicios que se deriven de la infracción de esta obligación.
- Asimismo, el Innovador y sus trabajadores, que asigne a la ejecución de las labores asociada al Desafío, deberán dar estricto cumplimiento a lo prescrito en la Ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada, respecto de la información que sea proporcionada.

## 6. Resumen del proyecto

En función de los aspectos detallados anteriormente, el reto se organiza de la siguiente manera:



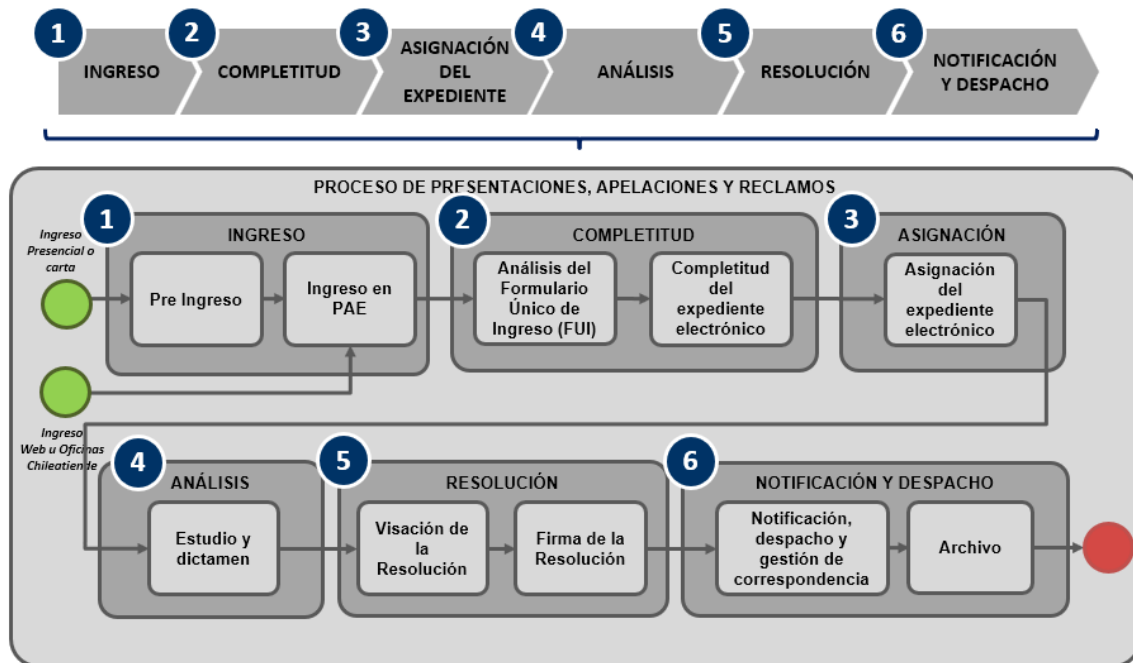
Nº proyectos a adjudicar	5	1	N/A
Descripción	<p>Sistema que permite extraer, procesar, clasificar y almacenar desde los documentos digitalizados, los datos y metadatos, integrándose automáticamente con otras aplicaciones o sistemas.</p> <p>Monto: \$26.000.000</p> <p>Plazo: 6 meses</p>	<p>Sistema que permita visualizar los datos e información asociada a licencias médicas, sistematizada de forma simple, oportuna y dinámica como una herramienta de apoyo a la toma de decisiones de los profesionales médicos. Debe considerar la visualización de al menos: información de todas las licencias médicas (considerando como mínimo información personal, días, diagnóstico, estado, tipos de reposo, empleador), datos obtenidos desde el procesamiento de documentos digitalizados, datos obtenidos desde otras fuentes de información.</p>	N/A

		Monto: \$110.000.000 Plazo: 12 meses	
Proyectos seleccionados que pasan a la siguiente Etapa	1	N/A	N/A

## 7. Anexos

### 7.1 Anexo N1: Etapa del proceso de reclamo de SUSESO

- DIAGRAMA GENERAL DE FLUJO - Proceso de Presentaciones, apelaciones y reclamos



<b>Subproceso</b>	<b>Descripción</b>	<b>Etapas</b>
<i>Preingreso</i>	<i>El Preingreso es un proceso que requiere la atención ciudadana para registrar, de modo general la reclamación de un usuario presencial o cuyos antecedentes llegan documentalmente a la Superintendencia y que es pre ingresado al sistema para su posterior revisión.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Atención del Usuario(a) y recepción de antecedentes</li> <li>· Ingreso de datos generales del usuario en FUI pre ingresado</li> <li>· Digitalización de los documentos</li> <li>· Incorporación de antecedentes digitalizados en FUI y devolución a usuarios.</li> <li>· Caso Pre Ingresado</li> </ul>
<i>Ingreso</i>	<i>El Ingreso es un proceso que requiere la incorporación de la reclamación ciudadana en el Sistema PAE, generando un registro sistémico, en el denominado Formulario Único de Ingreso FUI.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Ingreso de datos del reclamo del usuario</li> <li>· Incorporación de antecedentes digitalizados en FUI</li> <li>· Caracterización del caso</li> <li>· Validación de la reclamación</li> <li>· FUI Ingresado</li> </ul>
<i>Análisis FUI</i>	<i>El proceso de Análisis del Formulario Único de Ingreso FUI es un proceso que requiere la revisión de un analista para determinar si el caso fue bien ingresado.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Asignar los Formularios Únicos de Ingreso a los profesionales correspondientes</li> <li>· Examinar y analizar el Formulario Único de Ingreso y verificar que se encuentra bien ingresado.</li> <li>· Devolver cuando corresponda, a la Unidad de Atención a Usuarios, aquellos expedientes con requerimientos insuficientes de admisibilidad.</li> <li>· Identificar aquellos casos fast track</li> <li>· Asignar aquellos casos que se encuentren en la Resolución Exenta N°306, sobre delegación de Firmas en materias de simple y rápida resolución y que no requieren la aplicación de un procedimiento investigativo.</li> <li>· Validar o editar el Formulario Único de Ingreso</li> </ul>
<i>Completitud</i>	<i>El proceso de Completitud del expediente electrónico es un proceso semiautomático, que requiere la revisión de un analista para requerir antecedentes a la entidad para realizar la completitud del expediente, con los</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Requerir los documentos de completitud del expediente según materia, de forma automática o manual</li> <li>· Derivar los expedientes al Archivo Transitorio, debidamente clasificados por materia y especialidad, a la espera de respuestas de la entidad fiscalizada.</li> <li>· Recepcionar y registrar las respuestas de las entidades</li> <li>· Revisar que los antecedentes remitidos permitan la completitud del caso</li> <li>· Reiteración, si aplica, del requerimiento de antecedentes a la entidad</li> </ul>





	<i>requisitos indicados en la matriz de competencias.</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>Validación de los documentos remitidos por la entidad</li></ul>
<i>Asignación</i>	<i>El proceso de Asignación del expediente electrónico es un proceso manual, que requiere la revisión final de un analista para asignar un caso a un profesional según sus características, materia y tipo contrato.</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>Revisión de antecedentes y determinación de que el caso se encuentra listo para asignación</li><li>Determinación del equipo al que será asignado según clasificación</li><li>Determinación de la metodología de asignación: manual o masiva</li><li>Asignar expedientes a las diferentes profesionales según capacidad instalada</li></ul>
<i>Estudio</i>	<i>El proceso de estudio y dictamen corresponde a la revisión de los casos, que realiza el profesional médico según especialidad.</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>Recepción por asignación de la materia de la reclamación</li><li>Revisión de la asignación de tarea en PAE</li><li>Solicitud de antecedentes complementarios (opcional)</li><li>Revisión de los antecedentes</li><li>Consulta interna (opcional)</li><li>Confección del oficio o resolución por el funcionario autor.</li></ul>
<i>Visación</i>	<i>El proceso de visación corresponde a la revisión del caso y, según criterio experto. La corrección de la propuesta de resolución del caso (control) y en donde se pondera la propuesta de resolución del profesional encargado</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>Revisión de la resolución por parte del revisor visador (si aplica)</li><li>Se remite resolución para aprobación del Jefe de Sección, Unidad o Departamento</li></ul>
<i>Firma</i>	<i>El proceso de firma de casos corresponde al último proceso del Departamento en la gestión de los casos.</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>Se remite resolución para aprobación de las respectivas autoridades del Servicio</li><li>Aprobación y firma de la resolución</li></ul>
<i>Notificación</i>	<i>Corresponde al proceso de notificación de las resoluciones a las personas y entidades que requieren ser informadas respecto del resultado de la resolución.</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>Ingreso de casos en PAE por oficios recibido en oficina de partes</li><li>Recepción de requerimientos de Notificación y Despacho</li><li>Remisión de Oficio de Mero trámite</li><li>Recepción de respuestas de entidades</li><li>Incorporación de antecedentes al Sistema PAE</li><li>Remisión de resolución SUSES0</li><li>Gestión de la correspondencia según tipo de resolución</li></ul>

Archivo	Corresponde al cierre definitivo del caso en el sistema, que se basa en el archivo del mismo.	· Archivo del expediente en el Sistema PAE
---------	---	--

### Matriz de responsabilidades

	Pre- Ingre so	Ingres o	Aná lisi s FUI	Co mpl etit ud	Asi gna ció n	Est udi o	Vis aci ón	Fir ma	Not ific aci ón	Arc hiv o
DASU - Unidad de Resolución Abreviada					x	x	x	x		
DASU - Unidad de Análisis de Admisibilidad			x	x	x	x	x	x		
DASU - Unidad de Atención Virtual	x	x	x							
DASU - Unidad de atención presencial RM	x	x	x							
DASU - Unidad de Atención Regional	x	x	x							
DC - Unidad de Gestión Operacional					x					
DC - Unidad de Gestión de Expedientes			x	x	x					x
DC - Unidad Médica						x	x	x		
DC - Unidad Jurídica						x	x	x		
DC - Unidad de Cálculo						x	x	x		

DAF - Unidad Gestión de Correspondencia																		x	x
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---

*Nota: En la matriz de responsabilidades se destaca en color gris los subprocesos relacionados con las hipótesis de investigación.*

## **7.2 Anexo N°2: Estadística de tipo de extensión de documentos digitalizados**

(Casos relacionado a la materia de licencia médica y año 2022)

Suma de TOTAL	Eti																	
Etiquetas de fila	DOC	JPG	MP3	MP4	OCX	PDF	PEG	PNG	RTF	WAV	WMA	XML	ZIP	Total general				
EXTERNO		6	1			201.492	1	41						201.541				
INTERNO	11	91.108	4	13	3	637.553	24.657	10.032	2.729	1	1	221.682	10	987.804				
<b>Total general</b>	<b>11</b>	<b>91.114</b>	<b>5</b>	<b>13</b>	<b>3</b>	<b>839.045</b>	<b>24.658</b>	<b>10.073</b>	<b>2.729</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>221.682</b>	<b>10</b>	<b>1.189.345</b>				

EXTERNO: Usuario que no pertenece a SUSESO, podría ser el ciudadano o la entidad reclamada.

INTERNO: Funcionario perteneciente a SUSESO.

## **7.3 Resoluciones mandante y tipos de reclamación general**



Aprueba Manual de Procedimientos para la Resolución y Gestión de Consultas, Reclamos, Presentaciones y Apelaciones en materias contenciosas.

---

RESOLUCIÓN EXENTA N° 452

SANTIAGO, 01 de Julio de 2021

VISTOS

Lo dispuesto en la Ley N° 16.395, Texto Refundido de la Ley de Organización y Atribuciones de la Superintendencia de Seguridad Social y lo señalado en su Reglamento Orgánico, contenido en el D.S. N° 1, de 1972, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social; el artículo 5° del D.F.L. N° 1-19.653, de 2001, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; la Ley N° 19.880, que "Establece Bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los Órganos de la Administración del Estado"; y las Resoluciones N° 7, de marzo de 2019, y No 16, de 30 de noviembre de 2020, ambas de Contraloría General de la República, que fijan normas sobre exención del trámite de toma de razón.

CONSIDERANDO:

Que, a la Superintendencia le corresponde la supervigilancia y fiscalización de los regímenes de seguridad social y de protección social, como asimismo de las instituciones que los administren, dentro de la esfera de su competencia y en conformidad a la ley.

Que, además de las funciones esenciales de una Entidad Fiscalizadora, a la Superintendencia de Seguridad Social le corresponde conocer y resolver las presentaciones, apelaciones y reclamos de usuarios, trabajadores, pensionados, entidades empleadoras, organismos administradores de la seguridad social y otras personas, ya sean naturales o jurídicas, en materias que no sean de carácter litigioso.

Que, para operativizar la función contenciosa ya citada, es necesario contar con una herramienta de control interna que permita obtener información detallada, ordenada, sistematizada e integrada de los procesos de asistencia ciudadana y resolución de contiendas, que contenga una definición pormenorizada de las actividades que contemplan tales procesos, las responsabilidades del personal y los documentos e instrumentos asociados, en armonía con la misión y visión institucional.

Que, en este contexto, mediante Resolución Exenta N° 594, de 10 de septiembre de 2020, de este Origen, se aprobó el Manual del Procedimiento Contencioso Administrativo, que se deriva de la función contenciosa citada precedentemente.

Que, dadas las modificaciones funcionales y operativas internas se ha efectuada una actualización del Manual de Procedimientos ya citado.

R E S U E L V O:

Apruébese el Manual de Procedimientos para la Resolución y Gestión de Consultas, Reclamos, Presentaciones y Apelaciones en materias contenciosas, el que forma parte integrante del presente acto administrativo.

ANÓTESE, REGISTRESE, NOTIFÍQUESE Y ARCHÍVESE

Pamela  
Alejandra  
Gana Cornejo

Firmado digitalmente  
por Pamela Alejandra  
Gana Cornejo  
Fecha: 2021.07.30  
15:42:08 -04'00'

PAMELA GANA CORNEJO

SUPERINTENDENTA DE SEGURIDAD SOCIAL (S)

Mapa  
Gabinete  
Llamadas  
Aplicaciones

MLS/GMP

DISTRIBUCIÓN

- Departamento de Asistencia y Servicios al Usuario
- Departamento Contencioso
- Departamento de Administración y Finanzas
- Unidad de Control de Gestión
- Unidad de Gestión Documental e Inventario




# **Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social**

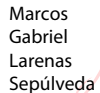
---

**Superintendencia de Seguridad Social**

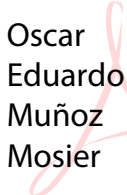
**2021**


	<b>Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social</b>	<b>Información Interna</b>
<b>Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO</b>		
Fecha de última modificación: junio de 2021	Página 2 de 55	

## CONTROL DE REVISIONES

Versión	4.0	Firma	Marcos Gabriel Larenas Sepúlveda  <small>Firmado digitalmente por Marcos Gabriel Larenas Sepúlveda Fecha: 2021.07.30 11:55:12 -04'00'</small>
Revisado por	Marcos Larenas Sepúlveda		
Cargo	Jefe del Departamento de Atención al Usuario		
Fecha	junio de 2021		


Versión	4.0	Firma	
Revisado por	Domingo Ulloa Vera		
Cargo	Jefe del Departamento Contencioso		
Fecha	junio de 2021		

Versión	4.0	Firma	Oscar Eduardo Muñoz Mosier  <small>Firmado digitalmente por Oscar Eduardo Muñoz Mosier Fecha: 2021.07.30 12:02:17 -04'00'</small>
Revisado por	Oscar Muñoz Mosier		
Cargo	Jefe del Departamento de Administración y Finanzas		
Fecha	junio de 2021		

	<b>Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social</b>	<b>Información Interna</b>
<b>Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO</b>		
Fecha de última modificación: junio de 2021	Página 3 de 55	

## CONTROL DE CAMBIOS


Versión	Creación y/o modificación		Revisión	Aprobación		Descripción de la Modificación
	Fecha	Nombre		Fecha	Acto Administrativo	
1.0	25/03/2019	Irving Contreras Rojas	Jefe de Departamento Domingo Ulloa Vera	17/05/2019	Firma de documento	Publicación de la primera versión del Manual de procedimientos en la resolución de presentaciones, apelaciones y reclamos de usuarios del Departamento Contencioso de la Intendencia de Beneficios Sociales
2.0	23/09/2019	Irving Contreras Rojas	Jefe de Departamento Domingo Ulloa Vera	27/09/2019	Firma de documento	Incorporación de nuevos procesos, como la gestión de los expedientes y la gestión de los médicos externos del Departamento Contencioso.
3.0	13/04/2020	Irving Contreras Rojas	Jefe de Departamento Domingo Ulloa Vera	04/05/2020	Firma de documento	Incorporación de nuevos procesos, como las relacionadas a la Unidad de Gestión de Expedientes.
4.0	13/04/2020	Irving Contreras Rojas	Jefe de Departamento de Servicios y Atención al Usuario, Departamento Contencioso y Departamento de Administración y Finanzas	25/06/2021	Firma de documento	Incorporación de nuevos procesos, incluyendo los procesos de Atención de Usuarios y de Notificación y Despacho.

	<b>Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social</b>	<b>Información Interna</b>
<b>Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO</b>		
Fecha de última modificación: junio de 2021	Página 4 de 55	


## TABLA DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. ALCANCE DEL MANUAL DEL CONTENCIOSO.....	6
3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCESO.....	6
4. MATERIAS INCORPORADAS EN EL PROCESO DE RESOLUCIÓN DE RECLAMACIONES	8
5. POLÍTICAS ORIENTADORAS DEL PROCESO DE RESOLUCIÓN DE PRESENTACIONES .	9
6. ROLES Y RESPONSABILIDADES RESPECTO DEL PROCESO CONTENCIOSO .....	11
7. METODOLOGÍA DEL PROCESO DE RESOLUCIÓN DE CASOS .....	14
8. PREINGRESO.....	17
9. INGRESO .....	18
10. ANÁLISIS DEL FORMULARIO ÚNICO DE INGRESO .....	20
11. COMPLETITUD DEL EXPEDIENTE ELECTRÓNICO.....	22
12. ASIGNACIÓN .....	24
13. ESTUDIO Y DICTÁMEN .....	25
14. VISACIÓN DE LA RESOLUCIÓN .....	27
15. FIRMA DE LA RESOLUCIÓN .....	28
16. NOTIFICACIÓN, DESPACHO Y GESTIÓN DE CORRESPONDENCIA.....	29
17. ARCHIVO .....	30
18. CREACIÓN DE MÉTRICAS E INDICADORES DEL CONTENCIOSO .....	30
19. INFORMES Y REPORTES DEL CONTENCIOSO .....	31
20. ELABORACIÓN DE PLANES DE ACCIÓN .....	32
21. MEJORA CONTINUA DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO ELECTRÓNICO EN EL DEPARTAMENTO CONTENCIOSO.....	32



	<p align="center"><b>Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social</b></p>	<p align="center">Información Interna</p>
<p align="center"><b>Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO</b></p>		
<p>Fecha de última modificación: junio de 2021</p>	<p>Página 5 de 55</p>	

22. GESTIÓN DE PROFESIONALES EXTERNOS DEL CONTENCIOSO .....	33
23. CONSULTA WEB .....	35
24. ATENCIÓN, ASISTENCIA Y ORIENTACIÓN CIUDADANA DE MESA DE AYUDA TELEFÓNICA .....	39
25. ESQUEMA DE PROCESOS .....	44
26. FLUJOGRAMAS DE PROCESO.....	50

	<b>Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social</b>	<b>Información Interna</b>
<b>Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO</b>		
Fecha de última modificación: junio de 2021	Página 6 de 55	

## 1. INTRODUCCIÓN

El proceso de resolución de casos de reclamaciones de la ciudadanía es una de las principales funciones correspondiente a la Superintendencia de Seguridad Social, a las que se refieren el artículo 2° de la Ley N° 16.395, literal c) que indica que es función de la Superintendencia Resolver las presentaciones, apelaciones y reclamos de las personas, entidades empleadoras, organismos administradores de la seguridad social y otras personas, ya sean naturales o jurídicas, en materias que no sean de carácter litigioso, dentro del ámbito de su competencia.

En ese contexto, los Departamento de Servicios y Atención al Usuario (DASU), el Departamento Contencioso Administrativo (DCA) y el Departamento de Administración y Finanzas (DAF) han elaborado el presente *Manual de procedimientos en la resolución de presentaciones, apelaciones y reclamos*, con el fin de entregar una orientación y dirección práctica a los profesionales que se desempeñan en su Departamento, en las actividades de resolución de presentaciones.

Este documento ha sido adecuado a lo estipulado en la Circular Interna N°209, de fecha 11OCT18, *que instruye la política de elaboración y/o actualización de los manuales de procedimientos definidos para cada departamento y unidad de la Superintendencia de Seguridad Social, periodicidad de actualización de manuales de procedimientos y anexa procedimientos de revisión de indicadores asociados al programa marco de metas de eficiencia institucional.*

Este documento deberá ser utilizado como material de inducción a las actividades que desempeñan las *unidades participantes* para los futuros integrantes de este proceso.

EL presente Manual complementa al MANUAL DE USUARIOS del procedimiento administrativo electrónico PAE, la Guía de uso fácil y Preguntas y Respuestas sobre Análisis del Expediente del Procedimiento Administrativo Electrónico PAE, todos de noviembre de 2018 y sus actualizaciones.

El presente documento, ha sido validado por los Jefes de Departamento y presentado para formalizaciones posteriores. Se entenderá tácitamente aprobado e implementado a la fecha de elaboración.


## 2. ALCANCE DEL MANUAL DEL CONTENCIOSO

El presente Manual de procesos, aplicará a los Departamento de Servicios y Atención al Usuario (DASU), el Departamento Contencioso Administrativo (DCA) y el Departamento de Administración y Finanzas (DAF) de la Superintendencia de Seguridad Social y constituirá la guía base para el analizar el proceso resolución de presentaciones.

## 3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCESO

En la Superintendencia de Seguridad Social tenemos como objetivo el resolver los casos de apelación o reclamos presentados por las personas sobre sus derechos a la seguridad social, relacionados con las instituciones fiscalizadas por esta Superintendencia.

El objetivo del proceso contencioso se encuentra indicado explícitamente en la Ley N°16.395, que indica que es función de la Superintendencia resolver las presentaciones, apelaciones y reclamos


	<b>Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social</b>	<b>Información Interna</b>
<b>Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO</b>		
Fecha de última modificación: junio de 2021	Página 7 de 55	

de personas, entidades empleadoras, organismos administradores de la seguridad social y otras personas, ya sean naturales o jurídicas, en materias que no sean de carácter litigioso, dentro del ámbito de su competencia.

Lo anterior implica analizar los antecedentes relacionados a la reclamación y en base a ellos, poder determinar si se ha aplicado correctamente la legislación, la normativa vigente y con ello poder otorgar a la ciudadanía una respuesta, basada en el análisis de los profesionales, que permita dirimir y resolver las materias reclamadas.

Corresponden entonces, a los objetivos específicos del Contencioso Administrativo:

- Resolver de manera eficiente las presentaciones, apelaciones y reclamos de las personas, en las materias que competen al Departamento Contencioso, de acuerdo con los lineamientos estratégicos de gestión entregados por el Superintendente de Seguridad Social.
- Coordinar el proceso de generación de respuestas a las presentaciones que son asignadas al Departamento, en lo que respecta a las etapas a cargo de dicho Departamento, de manera eficiente y oportuna, para cumplir con la meta de resolver las presentaciones, apelaciones y reclamos idealmente en menos de 30 días hábiles.
- Otorgar la mejor respuesta técnica, en los aspectos jurídicos, médicos y contables con los antecedentes que se tengan a la vista al momento de la revisión de la presentación, apelación o reclamo.
- Sistematizar los criterios utilizados en el análisis de las presentaciones, velando por la homogeneidad en la aplicación de éstos en los casos resueltos. Desarrollar una respuesta resolutoria fundada, esquematizada, con sentido y lenguaje ciudadano.
- Proponer mejoras en la resolución de los casos para lograr su resultado en tiempo y forma, generando una base de conocimiento sobre las materias presentadas, apeladas y reclamadas que permitan desarrollar mejoras en la gestión.
- Participar y proporcionar colaboración técnica en diversas instancias de coordinación en los diversos Regímenes según se le requiera, detectando, identificando e informando a los Departamentos correspondientes sobre aquellas irregularidades o falencias relevantes en la gestión de los beneficios sociales que requieran de la implementación de medidas de mejora.
- Informar periódicamente respecto de las gestiones realizadas, respecto de las resoluciones de casos en base a la información disponible en los sistemas de gestión del contencioso.

	<b>Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social</b>	<b>Información Interna</b>
<b>Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO</b>		
Fecha de última modificación: junio de 2021	Página 8 de 55	


Además, como objetivo institucional se encuentra definido como: Fortalecer la atención de las personas, resolviendo las consultas, denuncias, reclamos y apelaciones, con énfasis en la calidad, oportunidad y cercanía de los canales de atención, a través de la mejora continua de los procesos institucionales

#### **4. MATERIAS INCORPORADAS EN EL PROCESO DE RESOLUCIÓN DE RECLAMACIONES**

En la Superintendencia de Seguridad Social se resuelven una serie de materias que corresponden a las entidades que fiscaliza, tanto públicas como privadas, además de personas naturales. Para los efectos del presente Manual se encontrarán: las Cajas de Compensación de Asignación Familiar y sus filiales, los Servicios de Bienestar del Sector Público, otros Servicios Públicos Centralizados y Descentralizados del Estado, Administradoras de Fondos de Pensiones, Compañías de Seguros, Instituciones de Salud Previsional y todos aquellos organismos que se encuentren bajo la normativa de esta Superintendencia, serán considerados como entidades.

Por tanto, dentro de las materias incorporadas al proceso de resolución de reclamaciones se encuentran:

- Reclamaciones por licencias médicas de origen común o derechos de protección a la maternidad, en materias jurídicas, y/o administrativas, o por causal de rechazo médico. Se excluyen las situaciones en que se discute el origen común o laboral de la patología, conforme al Seguro Social de la Ley N°16.744.
- Reclamaciones sobre el derecho a subsidio por incapacidad laboral de origen común o maternal, incluido el período de permiso postnatal parental.
- Reclamaciones sobre el cálculo del subsidio por incapacidad laboral de origen común o maternal, incluido el período de permiso postnatal parental.
- Reclamaciones respecto del derecho al beneficio otorgado por la Ley N°21.063, (SANNA), o cálculo del subsidio correspondiente.
- Reclamaciones respecto de afiliación y desafiliación de C.C.A.F de trabajadores independientes y pensionados
- Reclamaciones respecto de crédito social de C.C.A.F., sean de orden legal o de cálculo.
- Reclamaciones por Subsidio al empleo de la mujer de la Ley N°20.595.
- Reclamaciones por Bono aporte familiar permanente de la Ley N°20.743 y de otros bonos extraordinarios.
- LMPP – Licencia Médica Preventiva Parental.
- Subsidio de cesantía.

	<b>Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social</b>	<b>Información Interna</b>
<b>Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO</b>		
Fecha de última modificación: junio de 2021	Página 9 de 55	

- Reclamaciones sobre prestaciones adicionales y complementarias, cuentas de ahorro leasing en contra de una CCAF, que no sean realizadas por Instituciones.
- Reclamaciones por prestaciones o beneficios otorgados por un Servicio de Bienestar del Sector Público, que no sean realizadas por Instituciones
- Reclamaciones respecto del derecho a los siguientes beneficios:
  - Asignaciones familiares y maternales
  - Subsidio familiar
  - Subsidio para personas con discapacidad mental menores de 18 años de edad que establece el artículo 35 de la Ley N°20.255.
  - Bono Bodas de oro de la Ley N°20.506.
  - Subsidio al empleo joven de la Ley N°20.338.
  - Subsidio al empleo de la mujer de la Ley N°20.595.
  - Bono aporte familiar permanente de la Ley N°20.743.
  - Otros bonos extraordinarios.
  - Subsidio de cesantía.
- Otras materias que se asignen a la Superintendencia de Seguridad Social que serán incorporadas en modificaciones posteriores del Manual.


## 5. POLÍTICAS ORIENTADORAS DEL PROCESO DE RESOLUCIÓN DE PRESENTACIONES

La Superintendencia de Seguridad Social, tiene establecido como misión “Regular y fiscalizar el cumplimiento de la normativa de Seguridad Social y garantizar el respeto de los derechos de las personas, especialmente de los trabajadores, pensionados y sus familias, resolviendo con calidad y oportunidad sus consultas, reclamos, denuncias y apelaciones, proponiendo las medidas tendientes al perfeccionamiento del sistema chileno de seguridad social.”

Además, la misión de la Superintendencia busca garantizar que a las personas se les otorguen los beneficios de seguridad social de acuerdo a la normativa vigente, vigilando permanentemente que los recursos financieros de los regímenes de seguridad social sean destinados sólo para los fines para los cuales ellos fueron concebidos y que las entidades tengan la solvencia patrimonial y la capacidad que les permita garantizar el pago de los beneficios, cuando corresponda.

Para el cumplimiento de estos objetivos, los fiscalizadores deberán tener presente las siguientes políticas orientadoras, en base a los principios generales que se indican en la Ley N°19.880, que establece las bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la administración del estado:

- **Principio de escrituración:** El procedimiento administrativo y los actos administrativos a los cuales da origen, se expresarán por escrito o por medios electrónicos, a menos que su naturaleza exija o permita otra forma más adecuada de expresión y constancia.

	<b>Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social</b>	<b>Información Interna</b>
<b>Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO</b>		
Fecha de última modificación: junio de 2021	Página 10 de 55	

- **Principio de gratuidad:** En el procedimiento administrativo, las actuaciones que deban practicar los órganos de la Administración del Estado serán gratuitas para los interesados, salvo disposición legal en contrario.
- **Principio de celeridad:** El procedimiento, sometido al criterio de celeridad, se impulsará de oficio en todos sus trámites.
- **Principio conclusivo:** Todo el procedimiento administrativo está destinado a que la Administración dicte un acto decisorio que se pronuncie sobre la cuestión de fondo y en el cual exprese su voluntad.
- **Principio de economía procedimental:** La Administración debe responder a la máxima economía de medios con eficacia, evitando trámites dilatorios.
- **Principio de contradictoriedad:** Los interesados podrán, en cualquier momento del procedimiento, aducir alegaciones y aportar documentos u otros elementos de juicio.


Los interesados podrán, en todo momento, alegar defectos de tramitación, especialmente los que supongan paralización, infracción de los plazos señalados o la omisión de trámites que pueden ser subsanados antes de la resolución definitiva del asunto. Dichas alegaciones podrán dar lugar, si hubiere razones para ello, a la exigencia de la correspondiente responsabilidad disciplinaria.

Los interesados podrán, en todo caso, actuar asistidos de asesor cuando lo consideren conveniente en defensa de sus intereses.

En cualquier caso, el órgano instructor adoptará las medidas necesarias para lograr el pleno respeto a los principios de contradicción y de igualdad de los interesados en el procedimiento.

- **Principio de imparcialidad:** Las personas que integran el Departamento Contencioso deben actuar con objetividad y respetar el principio de probidad consagrado en la legislación, tanto en la substanciación del procedimiento como en las decisiones que adopte.
- **Principio de abstención:** Las autoridades y los funcionarios de la Administración, en quienes se den algunas circunstancias que impidan su correcto desempeño profesional o ético, se abstendrán de intervenir en el procedimiento y lo comunicarán a su superior inmediato, quien resolverá lo procedente.

Otros principios que deben ser considerados por los funcionarios más allá de los establecidos:

	<b>Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social</b>	<b>Información Interna</b>
<b>Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO</b>		
Fecha de última modificación: junio de 2021	Página 11 de 55	


- **Principio de Responsabilidad:** Los funcionarios, Jefes de Unidades y la Jefatura del Departamento deberán cumplir la resolución de presentaciones de forma responsable, recordando que una persona o institución ha acudido a la Superintendencia de Seguridad Social buscando una solución a su presentación, apelación o reclamo en una última instancia.
- **Principio de Objetividad:** Los funcionarios, Jefes de Unidades y la Jefatura del Departamento deberán cumplir la resolución de presentaciones considerando los antecedentes tenidos a la vista y que les permitan resolver de manera objetiva e imparcial.
- **Principio de Claridad:** Los funcionarios, Jefes de Unidades y la Jefatura del Departamento deberán cumplir la resolución de presentaciones considerando que las resoluciones emitidas sean claras, en donde no se de ambigüedad ni confusión.
- **Principios de eficacia y eficiencia:** Los funcionarios deberán utilizar de manera eficiente e idónea los medios y recursos públicos necesarios para llevar a efecto los procedimientos de fiscalización.
- **Deber de Reserva:** Conforme a lo establecido en la letra h) del artículo 61 y a la letra g) del artículo 84 del D.F.L. N°29, de 2004, del Ministerio de Hacienda - que contiene el texto refundido de la Ley N°18.834, sobre Estatuto Administrativo - y en armonía con lo dispuesto en la Ley N°20.285, sobre Acceso a la Información Pública; los funcionarios deberán guardar secreto o reserva de la información o antecedentes de que tomen conocimiento en el desempeño de sus funciones y no podrán utilizar material o información reservada o confidencial, para fines ajenos a los institucionales.
- **Deber de Cumplimiento:** Los funcionarios deberán ajustarse a las directrices fijadas y a las instrucciones que le fueren impartidas para su ejecución.
- **Deber de Respeto y Buen Comportamiento:** En su interacción con los funcionarios se deberá tener un trato respetuoso y, en general, una conducta acorde a la dignidad de sus cargos.

## 6. ROLES Y RESPONSABILIDADES RESPECTO DEL PROCESO CONTENCIOSO

La Superintendencia de Seguridad Social incluye la participación activa de sus Unidades organizacionales y funcionarios, estableciendo los siguientes roles y responsabilidades para cada una de las unidades, relacionados con la gestión del contencioso:


### 6.1 Departamento de Servicios y Atención al Usuario

El Departamento de Servicios y Atención al Usuario tiene, entre otros, como objetivos relativos a sus procesos:

	<b>Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social</b>	<b>Información Interna</b>
<b>Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO</b>		
Fecha de última modificación: junio de 2021	Página 12 de 55	

- Asegurar la implementación del modelo de atención de personas, dentro del marco de calidad, legalidad, eficiencia y transparencia definido por la institución.
- Asegurar la continuidad operativa de los canales de atención presencial y no presencial a lo largo del país.
- Garantizar la mejora continua a través de la sistematización, difusión y coordinación de buenas prácticas de trabajo en los procesos de atención y gestión de beneficios a nivel nacional, de acuerdo a los lineamientos del nivel central de la Superintendencia.
- Examinar y tramitar las presentaciones, apelaciones y reclamos de las personas, entidades empleadoras, organismos administradores de la seguridad social y otras personas, ya sean naturales o jurídicas, en materias de competencia de este Organismo Fiscalizador, sujeto al cumplimiento de los requisitos de admisibilidad definidos por la Superintendencia.
- Analizar y resolver las apelaciones por rechazo y modificación de licencias médicas y subsidios por incapacidad laboral, cuando corresponda
- Gestionar las presentaciones recibidas desde los Sistemas Informáticos de la Presidencia de la República y del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, y efectuar las diligencias internas necesarias destinadas a la generación de los oficios o resoluciones recaídas en dichas presentaciones.
- Elaborar y perfeccionar los protocolos de atención ciudadana que regirán los canales de atención presencial y no presencial de la Superintendencia.
- Ser contraparte técnica ante las entidades que han suscrito convenios de colaboración recíproca con la Superintendencia de Seguridad Social, en materias de atención ciudadana.
- Planificar, gestionar, coordinar y controlar la productividad individual y departamental, en estricta relación con la misión, objetivos estratégicos y compromisos de gestión institucional.
- Elaborar informes y reportes periódicos a requerimiento, interno o externo, sobre materias de su competencia.



	<b>Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social</b>	<b>Información Interna</b>
<b>Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO</b>		
Fecha de última modificación: junio de 2021	Página 13 de 55	

## 6.2 Departamento Contencioso


El Departamento Contencioso tiene, entre otros, como objetivos relativos a sus procesos:

- Coordinar el proceso de generación de respuestas a las presentaciones que son asignadas al Departamento, en lo que respecta a las etapas a cargo de dicho Departamento.
- Sistematizar los criterios utilizados en el análisis de las presentaciones, velando por la homogeneidad en la aplicación de éstos en los casos resueltos.
- Proponer mejoras en la gestión de los casos para lograr su resolución en tiempo y forma.
- Participar y proporcionar colaboración técnica en diversas instancias de coordinación en los diversos Regímenes según se le requiera.
- Informar periódicamente respecto de las gestiones realizadas, respecto de las resoluciones de casos en base a la información disponible en los sistemas de gestión del contencioso.

## 6.3 Departamento de Administración y Finanzas

El Departamento de Administración y Finanzas tiene, entre otros, como objetivos relativos a sus procesos:

- Gestionar un sistema eficiente, ágil y oportuna que permita numerar, publicar, comunicar, notificar, enviar a registro y/o toma de razón, de los oficios, resoluciones, circulares y otras decisiones de autoridad expresadas en actos administrativos que utilicen soporte papel.
- Gestionar un sistema eficiente, ágil y oportuno que permita la recepción, clasificación, control, tramitación, archivo y custodia de la documentación oficial que ingresa y egresa en formato papel a la Superintendencia.
- Efectuar las notificaciones y dictámenes generados en el proceso contencioso administrativo, en aquellos casos en que las personas interesadas, naturales o jurídicas, no hayan manifestado voluntad de ser notificadas electrónicamente.


	<b>Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social</b>	<b>Información Interna</b>
<b>Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO</b>		
Fecha de última modificación: junio de 2021	Página 14 de 55	

## 7. METODOLOGÍA DEL PROCESO DE RESOLUCIÓN DE CASOS

A continuación, se presentan las etapas contempladas para el proceso de resolución de casos, cuyos pasos deberán ser seguidos por los profesionales, de modo de efectuar una revisión satisfactoria de las presentaciones, apelaciones y reclamaciones.

Las etapas que componen la metodología de resolución de presentaciones contemplan:


- Pre Ingreso
  - Atención del Usuario (a) y recepción de antecedentes
  - Ingreso de datos generales del usuario en FUI pre ingresado
  - Digitalización de los documentos
  - Incorporación de antecedentes digitalizados en FUI y devolución a usuarios
  - Caso Pre Ingresado
- Ingreso
  - Ingreso de datos del reclamo del usuario
  - Incorporación de antecedentes digitalizados en FUI
  - Caracterización del caso
  - Validación de la reclamación
  - FUI Ingresado
- Análisis del Formulario Único de Ingreso FUI
  - Asignar los Formularios Únicos de Ingreso a los profesionales correspondientes
  - Examinar y analizar el Formulario Único de Ingreso y verificar que se encuentra bien ingresado.
  - Devolver cuando corresponda, a la Unidad de Atención a Usuarios, aquellos expedientes con requerimientos insuficientes de admisibilidad.
  - Identificar aquellos casos *fast track / abreviados*
  - Asignar aquellos casos que se encuentren en la Resolución Exenta N°306, sobre delegación de Firmas en materias de simple y rápida resolución y que no requieren la aplicación de un procedimiento investigativo.
  - Validar el Formulario Único de Ingreso
- Completitud del expediente electrónico
  - Requerir los documentos de completitud del expediente según materia, de forma automática o manual
  - Derivar los expedientes al Archivo Transitorio, debidamente clasificados por materia y especialidad, a la espera de respuestas de la entidad fiscalizada.
  - Recepcionar y registrar las respuestas de las entidades
  - Revisar que los antecedentes remitidos permitan la completitud del caso
  - Reiteración, si aplica, del requerimiento de antecedentes a la entidad
  - Validación de los documentos remitidos por la entidad
- Asignación del expediente electrónico
  - Revisión de antecedentes y determinación de que el caso se encuentra listo para asignación

	<b>Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social</b>	<b>Información Interna</b>
<b>Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO</b>		
Fecha de última modificación: junio de 2021	Página 15 de 55	


- Determinación del equipo al que será asignado según clasificación
- Determinación de la metodología de asignación: manual o masiva
- Asignar expedientes a las diferentes profesionales según capacidad instalada
- Estudio y Dictamen del expediente electrónico
  - Recepción por asignación de la materia de la reclamación
  - Revisión de la asignación de tarea en PAE
  - Solicitud de antecedentes complementarios (opcional)
  - Revisión de los antecedentes
  - Consulta interna (opcional)
  - Confección del oficio o resolución por el funcionario autor.
- Visación de la Resolución del expediente electrónico
  - Revisión de la resolución por parte del revisor visador (si aplica)
  - Se remite resolución para aprobación del Jefe de Sección, Unidad o Departamento
- Firma del Oficio o Resolución
  - Se remite resolución para aprobación de las respectivas autoridades del Servicio
  - Aprobación y firma de la resolución
- Notificación, despacho y gestión de correspondencia
  - Recepción de requerimientos de Notificación y Despacho
  - Remisión de Oficio de Mero trámite
  - Recepción de respuestas de entidades
  - Incorporación de antecedentes al Sistema PAE
  - Remisión de resolución SUSESO
  - Gestión de la correspondencia según tipo de resolución
- Archivo
  - Archivo del expediente en el Sistema PAE

Otras Gestiones relacionadas al proceso Contencioso:

- Creación de Métricas e Indicadores del Contencioso
  - Requerimiento, por parte del Jefe de Departamento Contencioso, de la creación de métricas e indicadores
  - Creación de métricas e indicadores de Gestión del Contencioso
  - Revisión y aprobación de las métricas e indicadores
- Informes y reportes del Contencioso
  - Elaboración de informes y reportes del Contencioso
  - Revisión de informes del Contencioso
  - Aprobación de informes y remisión a Unidades
- Elaboración de Planes de Acción para el Contencioso
  - Identificación de variaciones relevantes del Contencioso
  - Elaboración de planes de acción del Contencioso

	<b>Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social</b>	<b>Información Interna</b>
<b>Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO</b>		
Fecha de última modificación: junio de 2021	Página 16 de 55	

- Mejora Continua del Procedimiento Administrativo Electrónico en el Departamento Contencioso
  - Identificación de oportunidades de mejora del Contencioso
  - Elaboración de proyectos de mejora del Procedimiento Administrativo Electrónico.
- Gestión de profesionales médicos externos
  - Requerimiento de contratación, según modalidad, de profesionales para la resolución de casos
  - Apoyo en la elaboración de las Bases de Licitación para la contratación de profesionales para la resolución de casos
  - Creación de usuarios en el Sistema PAE
  - Gestión en la asignación de casos según modalidad
  - Gestión de la producción de casos de los profesionales según modalidad
  - Gestión del pago de los profesionales que resuelven casos
  - Término o renovación de contratos
- Consultas WEB
  - Ingreso de consulta web
  - Acceso, clasificación del requerimiento y datos del usuario
  - Caracterización del requerimiento
  - Validación de la reclamación
  - FUI Ingresado
  - Análisis del FUI
  - Asignar los Formularios Únicos de Ingreso a los profesionales correspondientes
  - Examinar y analizar el Formulario Único de Ingreso (FUI) y verificar que se encuentra bien ingresado.
  - Validar el Formulario Único de Ingreso
  - Determinación del equipo al que será asignado según clasificación
  - Elaboración de la respuesta
  - Envío de la respuesta al usuario.
- Asistencia y orientación de Mesa de Ayuda Telefónica
  - Recepción de llamada en central telefónica
  - Selección de tipo de tramitación requerida por parte del usuario (IVR)
  - Para información del estado de un trámite, se enlaza con Sistema Electrónico de Trámites
  - Para ejercer derechos de petición, se enlaza a la con el orientador de reclamo
  - Generación de contacto con persona ejecutiva
  - Gestiones del ejecutivo referentes al requerimiento
  - Derivación de requerimientos a las Unidades correspondientes

	<b>Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social</b>	<b>Información Interna</b>
<b>Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO</b>		
Fecha de última modificación: junio de 2021	Página 17 de 55	

## 8. PREINGRESO

**Objetivo:** Corresponde al proceso de pre ingreso del caso, principalmente en la atención presencial, en donde es necesario capturar los antecedentes del reclamante y realizar un primer ingreso de la reclamación al Sistema PAE.

El Pre ingreso en una alternativa opcional que evalúa el ejecutivo en el momento de la atención presencial del ejecutivo.

Es importante remarcar que la responsabilidad organizacional es del Departamento de Asistencia y Atención al Usuario.

### 8.1 Atención del Usuario (a) y recepción de antecedentes

El flujo de preingreso corresponde a un conjunto de interfaces y acciones especialmente diseñadas para atender de forma rápida a un interesado que presenta una solicitud en forma presencial. Esta atención considera el ingreso de datos y validaciones en forma mínima, por lo tanto, corresponde al formulario único en versión reducida.

El Pre ingreso en una alternativa opcional que evalúa el ejecutivo en el momento de la atención presencial del ejecutivo.

Posterior al preingreso, un funcionario de SUSESO deberá completar el ingreso, si es que este es admitido y cumple con la admisibilidad mínima requerida.

En las oficinas de atención presencial, se entregará a las personas un número de atención, para proporcionar una atención en forma ordenada, sistemática y por orden de llegada. Además, se podrá asistir a la persona usuaria posibilitando iniciar el proceso de atención, cuando corresponda.

### 8.2 Ingreso de datos generales del usuario en FUI pre ingresado


Se debe realizar la apertura de expediente electrónico ingresando RUT, materia, antecedentes que ingresa, y correo electrónico, para el caso de que una persona haya manifestado voluntad de ser notificada en forma electrónica.

### 8.3 Digitalización de los documentos

El preingreso debe considerar la digitalización de los documentos entregados por el interesado de forma sistematizada, incorporándose de forma posterior al formulario único, y dando la posibilidad de devolver estos documentos al interesado.

### 8.4 Incorporación de antecedentes digitalizados en FUI y devolución a usuarios

Los casos se adjuntarán sistémicamente al expediente electrónico, por medio de un sistema de administración documental, adjunto al propio sistema PAE.

	<b>Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social</b>	<b>Información Interna</b>
<b>Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO</b>		
Fecha de última modificación: junio de 2021	Página 18 de 55	

## 8.5 Caso Pre Ingresado

Entrega de comprobante a la persona, lo cual da cuenta del pre ingreso de una presentación, reclamo o apelación en forma presencial.

## 9. INGRESO

**Objetivo: Corresponde al proceso de ingreso del caso, tomando la información del pre ingreso de la etapa anterior, o el propio ingreso del caso cuando se realiza por medio de la plataforma web del sistema PAE, destinada al ingreso de los casos.**

### 9.1 Ingreso de datos del reclamo del usuario

La persona o usuario podrá realizar el ingreso del caso mediante la interfaz web del Sistema PAE, en las sucursales de ChileAtiende o en su defecto en la atención presencial, lo cual podrá realizar el analista de atención de usuarios, si fuere necesario.


En caso de que la reclamación y/o apelación no sea competencia de esta Superintendencia, se deberá realizar la derivación por incompetencia, cuando corresponda. Informando a la persona o usuario cuál es la Entidad que debe conocer su reclamo y/o apelación, y proporcionarle en lo posible dirección postal y electrónica.

Se deberá realizar la entrega de instrumentos para perfeccionar una solicitud, mediante la entrega de información en formato papel o electrónica que permita perfeccionar su solicitud y los antecedentes requeridos, privilegiando las derivaciones al Orientador del Reclamo disponible en la página web institucional.

El objetivo principal de la página Ingreso al sistema es permitir a una persona/funcionario ingresar al sistema web PAE por medio de un usuario y contraseña. Adicionalmente, este usuario funcionario debe tener un rol/perfil activo, proporcionado por un administrador del sistema, el cual le permitirá navegar por las opciones pre configuradas para dicho rol/perfil.

La página tiene como objetivo principal permitir el ingreso de datos de una reclamación. A través de esta página se da inicio al flujo de ingreso de una reclamación, permitiendo avanzar por distintas páginas que identifican un paso en el proceso y en donde se solicitarán antecedentes de admisibilidad. Para acceder a esta página Inicial, previamente se debe cumplir con el paso de ingreso al sistema a través del formulario de ingreso y posteriormente ir a la opción "Hacer un Reclamo" y presionar el botón "Comenzar Reclamo".

Si el funcionario de SUSESO determina que la reclamación del usuario se identifican conductas no pertinentes de las entidades fiscalizadas, deberá señalar a este que lo indique por escrito en su presentación, de modo de dejar constancia de ello y a posterioridad sea evaluado por el profesional que realice el Estudio y Dictamen del caso (mediante la operación del Botón de FISCALIZACIÓN) en pos de generar los procesos de fiscalización necesarios para revertir esta situación y asegurar el cumplimiento normativo vigente.

	<b>Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social</b>	<b>Información Interna</b>
<b>Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO</b>		
Fecha de última modificación: junio de 2021	Página 19 de 55	

## 9.2 Incorporación de antecedentes digitalizados en FUI

Para adjuntar documentos el sistema PAE presenta dos opciones; “Digital” y “No Digitalizable”, que permiten optar por adjuntar un documento o indicar ubicación física de un documento en caso de no ser digitalizable como, por ejemplo; una radiografía, disco compacto, etc.

De acuerdo con la configuración, el sistema puede solicitar datos adicionales para los documentos requeridos, desplegando campos de ingreso de datos en la columna “Documentación Adicional”, que deben ser completados por el funcionario.

Adicionalmente, se pueden adjuntar otros documentos que puedan aportar información adicional para el caso a través de la opción “Agregar otro documento”.

## 9.3 Caracterización del caso

La Caracterización de un caso, corresponde a la serie de opciones sistémicas que permiten seleccionar el motivo de una reclamación. Se puede seleccionar más de un motivo, de acuerdo a como lo requiera el tipo de reclamación, siempre y cuando pertenezcan a la misma materia o se diferencien entre licencia médica y seguro laboral, pero obligatoriamente debe existir al menos uno para continuar con el flujo del proceso.

Luego de seleccionar los datos materia de apelación, submateria y motivo, el sistema desplegará los documentos requeridos para el caso, los cuales serán de insumo para el funcionario quien podrá adelantar al usuario que presenta la reclamación la información que requiere adjuntar para ingresar el caso

La caracterización permitirá a su vez, a un usuario/funcionario, ingresar el folio de una licencia médica para buscarla en la base de información de licencias médicas o algún accidente laboral, según sea su clasificación.


## 9.4 Validación de la reclamación

Una vez ingresados todos los datos al ingreso del caso, se validará la información existente y su aprobación permitirá al sistema el Ingreso del caso.

Lo anterior se realizará por medio del ingreso de la huella dactilar en el sistema; para confirmar y aprobar, por parte del funcionario, los datos ingresados en el formulario único. En este procedimiento el funcionario debe ingresar la huella dactilar en un lector biométrico, el cual escanea la huella dactilar y la presenta en pantalla informando que ha sido capturada y que debe ser guardada para completar la aprobación del formulario único, o en su defecto deberá cargar archivo con la presentación del usuario digitalizada.

## 9.5 FUI Ingresado

El último paso del flujo de reclamación, a través del formulario único de ingreso, es el paso “Terminar”. En este paso se presenta en pantalla un comprobante de ingreso con un número de folio que identifica el caso. El comprobante puede ser impreso en papel para ser entregado al

	<b>Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social</b>	<b>Información Interna</b>
<b>Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO</b>		
Fecha de última modificación: junio de 2021	Página 20 de 55	

usuario. De igual manera, si el usuario ha autorizado su notificación mediante su correo electrónico, recibirá dicho comprobante directamente en el correo electrónico informado y se le indicará cómo realizar el seguimiento de su trámite ingresado.

## 10. ANÁLISIS DEL FORMULARIO ÚNICO DE INGRESO

**Objetivo:** Corresponde al proceso de gestionar el ingreso del reclamo, por los canales formales presenciales de ingreso y analizar, las presentaciones, apelaciones y reclamaciones, en base a la clasificación de la materia reclamada, considerando los antecedentes que sean necesarios (de admisibilidad y completitud) para un buen resolver.

**Es importante remarcar que la responsabilidad organizacional de este proceso recae en el Departamento de Atención al Usuario (DASU) y del Departamento Contencioso, en la Unidad de Gestión de Expedientes (UGE).**

### 10.1 Asignar los Formularios Únicos de Ingreso a los profesionales correspondientes

La asignación o reasignación de los Formularios Únicos de Ingreso (FUI), utilizando la vista FUI en el sistema PAE, podrán ser de tres formas: Asignados por DASU y sus Unidades, la Unidad de Gestión de Expedientes, o podrán ser autoasignados por los mismos profesionales desde el Sistema.


La actividad tendrá por objetivo asignar los casos ingresados, de forma de que la mayor cantidad de los FUI puedan ser distribuidos entre la capacidad instalada de DASU y de la Unidad de Gestión de Expedientes, según materia.

### 10.2 Examinar y analizar el Formulario Único de Ingreso (FUI) y verificar que se encuentra bien ingresado.

Los funcionarios de DASU destinados a la revisión de FUIs y los funcionarios de la Unidad de Gestión de Expedientes tendrán, en sus bandejas de trabajo los FUIs asignados. Los FUIs deberán ser revisados considerando el requerimiento del usuario y aquellos documentos de admisibilidad y completitud que presente. La revisión implica que la presentación del usuario se encuentre en armonía con los antecedentes de admisibilidad existentes, ya sea en la clasificación de su materia, submateria o causal.

Si el funcionario de SUSESO determina que en la reclamación y/o apelación se identifican conductas no pertinentes de las entidades fiscalizadas, deberá dejar comentario por escrito en el FUI, de modo de dejar constancia de ello y a posterioridad sea evaluado por el profesional que realice el Estudio y Dictamen del caso (mediante la operación del Botón de FISCALIZACIÓN), en pos de generar los procesos de fiscalización necesarios para revertir esta situación y asegurar el cumplimiento normativo vigente.



	<b>Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social</b>	<b>Información Interna</b>
<b>Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO</b>		
Fecha de última modificación: junio de 2021	Página 21 de 55	

### **10.3 Devolver cuando corresponda, a la Unidad de Admisibilidad, aquellos expedientes con requerimientos insuficientes de admisibilidad.**

En caso de que un Formulario Único de Ingreso no cumpla con los requerimientos anteriormente indicados, podrá o corregir dicho formulario mediante sistema o en su defecto, podrá rechazarlo por no contar con los antecedentes suficientes para continuar el proceso. Lo anterior se encuentra definido en la matriz de competencias y quedará a juicio experto del analista la aprobación o rechazo del FUI. En caso de rechazo, el analista deberá ingresar los comentarios por los cuales realiza el rechazo, dejando constancia de su gestión y se deberá realizar su asignación a la Unidad de Admisibilidad, para la elaboración de los oficios de rechazo.

A su vez, si el caso no corresponde a una materia contenciosa, deberá ser remitido mediante correo electrónico a la Unidad respectiva y el caso deberá ser archivado en PAE, mediante requerimiento a las personas que se encuentran habilitadas sistémicamente para realizar esta acción.

Si se identifica un caso que no es contencioso y tiene que ver con materias de ISESAT, se deberá remitir la información del caso PAE al correo electrónico [isesat@suseso.cl](mailto:isesat@suseso.cl), adjuntando todos los antecedentes e indicando que dicho caso eventualmente corresponde a ser revisado por dicha Intendencia.


Una vez que obtenga la confirmación de que el caso es ISESAT, se adjuntará dicho correo al caso, como documento adjunto, y solicitará el archivo del caso, indicando comentario que fue derivado a ISESAT.

### **10.4 Identificar aquellos casos *fast track* / *abreviados***

El analista deberá reconocer aquellos casos que se encuentren clasificados en la Resolución Exenta N°306, sobre delegación de Firmas en materias de simple y rápida resolución y que no requieren la aplicación de un procedimiento investigativo.

Dichos casos son conocidos como casos "*fast track*" y deberá marcar dicho caso con la etiqueta "*fast track*" en el FUI.

Además, se deberán identificar aquellos casos con características "*abreviadas*", definidas como a aquel a través del cual se van a analizar y resolver las reclamaciones de personas naturales, sin expediente previo, en contra de resoluciones relativas a rechazo o reducción de licencias médicas, de origen común, de afiliados a FONASA, correspondientes a causales médicas, relacionadas con patologías vinculadas a salud mental, medicina interna y osteomuscular, cuyo período de reposo no exceda de 60 días continuos o discontinuos.

	<b>Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social</b>	<b>Información Interna</b>
<b>Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO</b>		
Fecha de última modificación: junio de 2021	Página 22 de 55	

### **10.5 Asignar aquellos casos que se encuentren en la Resolución Exenta N°306, sobre delegación de Firmas en materias de simple y rápida resolución y que no requieren la aplicación de un procedimiento investigativo.**

Si el analista UGE identifica que un Formulario Único de Ingreso (FUI) identifica que un caso coincide con aquellas casuísticas indicadas en la Resolución Exenta N°306, sobre delegación de Firmas en materias de simple y rápida resolución y que no requieren la aplicación de un procedimiento investigativo deberá asignarlo a la Unidad de resolución correspondiente.

### **10.6 Validar el Formulario Único de Ingreso**

El analista, una vez verificado lo anterior, podrá validar el FUI de modo que este se transforme en un reclamo formal, con un código R (R-XXXXX-XXXX). Dicho código identifica a un caso en reclamación que ha superado el análisis FUI, por lo que se encuentra ya clasificado en su materia, submateria y causal, así como en aspectos de clasificación de su orden médico, jurídico o de cálculo.

## **11. COMPLETITUD DEL EXPEDIENTE ELECTRÓNICO**

**Objetivo:** Corresponde al proceso de completar con los antecedentes denominados de completitud (definidos por la matriz de competencias) que permiten que se incorporen y validen todos los antecedentes necesarios para poder resolver un caso.


**Es importante remarcar que la responsabilidad organizacional de este proceso recae en el Departamento de Atención al Usuario (DASU) y del Departamento Contencioso, en la Unidad de Gestión de Expedientes (UGE).**

### **11.1 Requerir los documentos de completitud del expediente según materia, de forma automática o manual**

Según la materia de la reclamación, los analistas de la Unidad de Gestión de Expedientes deberán, según lo indicado en la *matriz de competencias*, hacer los respectivos requerimientos de antecedentes a las entidades o sistemas, internos o externos, que permitan conseguir todos los documentos necesarios para completar un caso y a su vez poder resolverlo.

### **11.2 Derivar los expedientes al Archivo Transitorio, debidamente clasificados por materia y especialidad, a la espera de respuestas de la entidad fiscalizada**

Los casos que tengan solicitudes de antecedentes pendientes pasarán a un archivo transitorio, a la espera de respuestas de la entidad. Los plazos de los requerimientos de antecedentes se encuentran normados en la Circular N°3394, de octubre de 2018, que imparte instrucciones a las entidades administradoras de los regímenes de seguridad social fiscalizados, respecto de la implementación y operación del Procedimiento Administrativo Electrónico (PAE).

	<b>Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social</b>	<b>Información Interna</b>
<b>Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO</b>		
Fecha de última modificación: junio de 2021	Página 23 de 55	

### **11.3 Recepcionar y registrar las respuestas de las entidades**

La Unidad de Gestión de Expedientes realizará a lo más 2 gestiones de solicitud de antecedentes: Los funcionarios de la Unidad de Gestión de expedientes harán un máximo de dos gestiones en PAE para requerir los antecedentes (la gestión normal de solicitud de antecedentes, la revisión y/o aprobación del requerimiento de prórroga y segunda insistencia de solicitud de antecedentes), informando de dichas gestiones en los comentarios del caso y adjuntando como antecedentes al caso todos los correos y otras gestiones realizadas.

Si la entidad no ha respondido en dichas dos oportunidades, se entenderá el caso como completado, indicando que la entidad no dio respuesta al requerimiento de antecedentes.

### **11.4 Revisar que los antecedentes remitidos permitan la completitud del caso**

El analista deberá revisar la respuesta remitida por la entidad, para ver si cumple con ser la respuesta al requerimiento de completitud según materia. Además, deberá verificar si la información corresponde a una solicitud de prórroga, para determinar si en base a los antecedentes y los motivos indicados se aprueba o rechaza.

Según la normativa vigente, el plazo de respuesta de la prórroga, corresponderá a la mitad del plazo que se otorgó originalmente para responder el caso y quedará bajo criterio experto su aprobación.

### **11.5 Reiteración, si aplica, del requerimiento de antecedentes a la entidad**


La reiteración en el requerimiento de antecedentes ocurrirá si es que la entidad no ha respondido al requerimiento en el plazo establecido normativamente.

Como se indicó, UGE realizará 2 solicitudes de antecedentes (*se incluye la aprobación/rechazo de la prórroga*). Los funcionarios de la Unidad de Gestión de expedientes harán un máximo de 2 gestiones en PAE para requerir los antecedentes (*la gestión normal de solicitud de antecedentes, la revisión y/o aprobación del requerimiento de prórroga y segunda insistencia de solicitud de antecedentes*), informando de dichas gestiones en los comentarios del caso y adjuntando como antecedentes al caso todos los correos y otras gestiones realizadas.

Si no hay respuesta a los requerimientos UGE y han pasado 30 días desde dichas solicitudes, el caso podrá asignarse. En esta situación, el funcionario UGE indicará en comentario las dos gestiones que se realizaron en el caso y que por la aplicación del presente procedimiento se asigna el caso sin el antecedente de completitud.

El plazo en días de esta medida podrá ser modificado a la baja en la medida que la gestión se encuentre en flujo.

En esta situación, el funcionario UGE indicará en comentario las dos gestiones que se realizaron en el caso y que por la aplicación del presente procedimiento se asigna el caso sin el antecedente de completitud.

	<b>Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social</b>	<b>Información Interna</b>
<b>Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO</b>		
Fecha de última modificación: junio de 2021	Página 24 de 55	

Los funcionarios que resuelven casos (*jurídico y cálculo*) deberán tener la instrucción por escrito, de aplicación permanente, de que cuando un caso no tiene los antecedentes de completitud por lo indicado precedentemente, se deberá resolver con los antecedentes existentes.

Únicamente, en caso de que el profesional de estudio y análisis (jurídico o cálculo) identifique un caso que no tenga las dos gestiones realizadas, podrá solicitar la devolución del caso a UGE: lo anterior, puesto que es responsabilidad de UGE haber realizado las dos gestiones.

### **11.6 Validación de los documentos remitidos por la entidad**

El analista de la Unidad de Gestión de Expedientes revisará los documentos remitidos por la entidad y verificará que son idóneos para establecer la completitud del expediente. Para ello deberá ocupar el mejor criterio técnico para la determinar la validación del documento remitido.

La Coordinación de la Unidad de Gestión de Expedientes, por medio de su Jefe de Departamento, requerirá los procesos de fiscalización correspondientes en aquellas instituciones que no han dado respuesta a los requerimientos en los plazos normativos correspondientes: Cuando se observen comportamiento como el exceso de solicitudes de prórroga o no se responda en los plazos normativos establecidos, se solicitará al Departamento de Fiscalización correspondiente, una revisión de los procesos de respuesta de las entidades.

## **12. ASIGNACIÓN**

**Objetivo: Con el caso completo, este se encuentra en ser asignados a los profesionales según la materia del caso.**

**Es importante remarcar que la responsabilidad organizacional de este proceso recae en el Departamento de Atención al Usuario (DASU) y del Departamento Contencioso, en la Unidad de Gestión de Expedientes (UGE).**


### **12.1 Revisión de antecedentes y determinación de que el caso se encuentra listo para asignación**

Una vez que se han validado los documentos, el caso pasa a un estado denominado COMPLETO, esto indica que el caso se encuentra listo para ser asignado a un profesional, puesto que se encuentra con todos los antecedentes de admisibilidad y completitud listos.

### **12.2 Determinación del equipo al que será asignado según clasificación**

Según materia, el caso podrá ser asignado a uno de los equipos del Departamento Contencioso, principalmente definidos como los equipos médicos, jurídicos o de cálculo, los que se asignarán a su vez según las diversas materias de los casos y sus modalidades de contratación (contrata, honorarios, licitaciones o tratos directos).

El Jefe de Departamento instruirá las instrucciones para la asignación de los profesionales en base a su criterio experto, considerando para ello los informes remitidos y sus alertas, incorporando en su análisis todas las variables del ingreso de casos (Materias, tipo, estado,

	<b>Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social</b>	<b>Información Interna</b>
<b>Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO</b>		
Fecha de última modificación: junio de 2021	Página 25 de 55	

fecha de reclamación, cargas de los profesionales y presupuesto). Utilizará la información de Gestión Operacional para determinar cargas y stocks de modo de coordinar los esfuerzos de asignación mediante un informe de saldos, que ajustarán los casos a los presupuestos existentes para profesionales externos y a las cargas máximas definidas por los Jefes de Unidad para los profesionales internos.

Por tanto, será responsabilidad y por las instrucciones del Jefe de Departamento, la priorización en la asignación y producción de los casos, según los requerimientos que estime conveniente.

### **12.3 Determinación de la metodología de asignación: manual o masiva**

Según la oferta de profesionales para el estudio y análisis de casos, los casos podrán ser asignados bajo dos metodologías:

1.- Asignación Manual: Es en donde el funcionario de la Unidad de Gestión de Expedientes asigna, uno a uno, los casos que corresponden a la asignación según profesional, seleccionado al destinatario del caso, manteniendo el control en los listados de asignación.

2.- Asignación Masiva: En donde el Coordinador de la Unidad, generará un listado con los códigos de los casos a asignar y el nombre de usuario de los respectivos profesionales a los que serán asignados estos casos. La asignación masiva se realizará mediante el Sistema PAE.

### **12.4 Asignar expedientes a las diferentes profesionales según capacidad instalada**

Considerando la capacidad instalada y con la instrucción de las respectivas Unidades del Departamento, considerando el tipo de contrato de los profesionales, materias, calidad médica, jurídica o de cálculo del caso, así como también la patología en los casos de orden médico y también el tipo de asignación, ya sea por cuota mensual, semanal o asignación en flujo, se asignarán los casos a los profesionales en donde el caso pasará al estado de ESTUDIO Y ANÁLISIS.


## **13. ESTUDIO Y DICTÁMEN**

**Objetivo:** Corresponde al proceso de analizar, estudiar y resolver las presentaciones, apelaciones y reclamaciones, en base a la clasificación de la materia reclamada, considerando los antecedentes que sean necesarios (de admisibilidad y completitud) para un buen resolver.

**Es importante remarcar que la responsabilidad organizacional de este proceso recae en el Departamento de Atención al Usuario (DASU) y del Departamento Contencioso, en sus unidades médicas, jurídicas y de cálculo.**

### **13.1 Recepción por asignación de la materia de la reclamación**

Los profesionales recibirán las respectivas asignaciones en sus bandejas de trabajo en el sistema informático del PAE, remitidas desde la Unidad de Gestión de Expedientes (UGE) determinadas según una cantidad determinadas, con aprobación del jefe del Departamento Contencioso.

	<b>Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social</b>	<b>Información Interna</b>
<b>Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO</b>		
Fecha de última modificación: junio de 2021	Página 26 de 55	

La priorización en la resolución de los casos será instruida por el Jefe de Departamento, quien determinará la estrategia de resolución de casos en base a las necesidades del servicio. De forma análoga a los criterios que defina para la asignación, indicará las instrucciones para la producción de los profesionales en base a su criterio experto, considerando para ello los informes remitidos y sus alertas, incorporando en su análisis todas las variables para el cumplimiento de las metas organizacionales.

### **13.2 Revisión de la asignación de tarea en PAE**

Las asignaciones serán ser revisadas por los profesionales para determinar si los antecedentes del caso: materia, Submateria, causal, especialidad, otros si correspondiera, requisitos de admisibilidad y completitud para su estudio, de modo de determinar si dicho caso corresponde devolución o seguir con el proceso.

En caso de devolución, el profesional deberá incorporar los motivos de dicha devolución tanto en el seleccionador de causal de devolución, así como en una nota escrita.

Será por las instrucciones del Jefe de Departamento la priorización en la resolución de los casos.

### **13.3 Solicitud de antecedentes complementarios (opcional)**

Los profesionales podrán requerir antecedentes complementarios opcionales para poder resolver el caso, sólo en qué caso de que estos no se encuentren en la matriz de competencias catalogados como documentos de admisibilidad o de completitud. Dichos antecedentes opcionales deberán ser requeridos mediante sistema PAE.

Si la solicitud de otros antecedentes se convierte en reiterativa, esta deberá ser informada al Jefe de Unidad con copia al Jefe de Departamento para ser incorporada en la matriz de competencias, de modo de que dicho documento sea parte de los antecedentes necesarios para el proceso de estudio y análisis del expediente.


Teniendo todos los antecedentes necesarios para poder resolver un caso, se puede continuar con la próxima actividad.

### **13.4 Revisión de los antecedentes**

Con todos los antecedentes sistémicos, el profesional se encuentra en condiciones para realizar la revisión de todos los antecedentes del caso, en el sistema PAE.

Para ello, revisará a conciencia cada uno de los documentos incorporados según las características de cada una de las materias analizadas en el Departamento.

En base a la revisión de los antecedentes, considerando la jurisprudencia existente y el criterio experto, elaborará una propuesta de resolución, de modo que en dicho documento se indique el resultado del caso, informando a las entidades, en caso de que aplique, aquellas instrucciones que sean necesarias para dar curso a la solución de la reclamación contenciosa presentada.

	<b>Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social</b>	<b>Información Interna</b>
<b>Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO</b>		
Fecha de última modificación: junio de 2021	Página 27 de 55	

### 13.5 Consulta interna (opcional)

Si el profesional considera que se debe realizar una consulta a otro profesional, ya sea de la misma área o a otro tipo de profesional, podrá realizar dicha consulta mediante la opción de “Consulta Interna” (Interconsulta) en el Sistema PAE, en donde dicho caso pasará a otro profesional para resolver las consultas que realice el profesional.

Es importante destacar que en el proceso de consulta el sistema está configurado para que la dependencia del caso siga bajo el profesional que realiza la consulta, de modo que se encuentre atento al plazo que se le da a dicha consulta, de modo de que no acumule más días de los establecidos para el proceso de estudio y análisis en el Departamento Contencioso.

### 13.6 Confección del oficio o resolución por el funcionario autor.

Una vez revisados los antecedentes y realizadas las consultas internas (si aplicaron), el profesional deberá desarrollar una propuesta de resolución, la cual contendrá el resultado, derivado del análisis de los antecedentes tenidos a la vista, en donde se indica a la persona el resultado de su caso y se informa a las entidades, cualquier acción que deban realizar para el debido cumplimiento de la solución indicada por esta Superintendencia.

Mediante el Sistema PAE, el profesional deberá revisar el encabezado de la propuesta de resolución, los VISTOS, CONSIDERANDO y RESUELVO de la misma, verificando que se relaciona a la materia del caso resuelto, y a su vez revisará el listado de distribución propuesto de dicha resolución, de modo que la misma llegue a las entidades o personas que deben ser notificadas de la respuesta.


Además, en la propuesta de resolución deberá indicar el profesional visador y firmante de la propuesta de resolución en base a la RESOLUCIÓN EXENTA vigente de delegación de firmas.

Los funcionarios que resuelven casos (jurídico y cálculo) tienen la instrucción (informada por la Unidad Jurídica), de aplicación permanente, de que cuando un caso no tiene los antecedentes de completitud por lo indicado precedentemente, se deberá resolver con los antecedentes existentes. Los profesionales deberán ver en la cronología las gestiones realizadas y bajo su criterio experto, comentarán el caso en el BOTÓN FISCALIZACIÓN.

Los profesionales deberán informar mediante el BOTÓN de FISCALIZACIÓN los casos en que identifiquen conductas no pertinentes de las entidades fiscalizadas, de modo de generar los procesos de fiscalización necesarios para revertir esta situación y asegurar el cumplimiento normativo.

## 14. VISACIÓN DE LA RESOLUCIÓN

**Objetivo:** Corresponde al proceso confección de una resolución con el resultado de su reclamación, en base a los antecedentes vistos y estudiados, y el respectivo proceso de revisión de dicho dictamen, de modo que contenga todos los antecedentes necesarios para ser firmado y notificado a las entidades o personas correspondientes.

	<b>Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social</b>	<b>Información Interna</b>
<b>Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO</b>		
Fecha de última modificación: junio de 2021	Página 28 de 55	

**Lo anterior se encuentra definido en la resolución delegatoria de visaciones y firmas vigentes.**

#### **14.1 Revisión del oficio o resolución por parte del revisor.**

El visador tiene la responsabilidad de revisar la propuesta de resolución e identificar cualquier incongruencia o error en el proyecto de resolución, de modo de que pueda ser corregido de forma previa a la remisión a firma.

La visación implica una revisión técnica, que aplica para una correcta segregación funcional entre quien desarrolla el proyecto de resolución y entre quien revisa la misma.

Ante errores u omisiones, el profesional visador deberá solicitar las correcciones al funcionario autor, de modo de repetir el proceso cuantas veces sea necesario para que el proyecto de resolución se encuentre visado, y pueda proseguir a la actividad de firma.

#### **14.2 Se remite resolución para aprobación**

Una vez visado el documento de resolución, dicho documento se debe remitir, mediante sistema PAE a la aprobación final, en base a lo establecido en la RESOLUCIÓN EXENTA de delegación de firma vigente.

### **15. FIRMA DE LA RESOLUCIÓN**

**Objetivo: Corresponde al proceso de firma del proyecto de resolución ya visado de modo que se aplique el flujo de firmas correspondientes a lo establecido en la en la RESOLUCIÓN EXENTA de delegación de firma vigente, según las diversas materias del Departamento Contencioso.**

**Lo anterior se encuentra definido en la resolución delegatoria de visaciones y firmas vigentes.**

#### **15.1 Se remite resolución para aprobación de las respectivas autoridades del Servicio**


Todos los firmantes según materia, en base a lo establecido la RESOLUCIÓN EXENTA de delegación de firma vigente, deberán revisar la resolución y aprobar o rechazar dicho documento, en base a la revisión del mismo, de modo de contar con todas las aprobaciones necesarias para que dicho documento pueda pasar a la aprobación final.

#### **15.2 Aprobación y firma de la resolución**

El último firmante, en base a lo establecido la RESOLUCIÓN EXENTA de delegación de firma vigente, deberá dar la aprobación final al documento y con su firma electrónica, da por válido el documento resolución ya sea firmando como jefe del Servicio o por la atribución de “firmar por orden del Superintendente”.

Posterior a este proceso, la resolución pasa al proceso de despacho, dependiente del Departamento de Administración y Finanzas (DAF).



	<b>Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social</b>	<b>Información Interna</b>
<b>Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO</b>		
Fecha de última modificación: junio de 2021	Página 29 de 55	

Los profesionales firmantes deberán implementar controles que les permitan verificar el cumplimiento de los compromisos de cada uno de los profesionales bajo su dependencia, como medidas de control jerárquico. Además, los jefes firmantes deberán ir verificando la cantidad de casos firmados para cada uno de los profesionales, de modo de que ningún profesional supere los topes de austeridad que corresponden a cada profesional, entendiéndose que todo caso firmado se entenderá listo para ser incorporado en el proceso de pago de los profesionales externos.

## 16. NOTIFICACIÓN, DESPACHO Y GESTIÓN DE CORRESPONDENCIA

**Objetivo:** Corresponde al proceso de remisión de oficios de solicitud de antecedentes o de remisión de resoluciones emitidas por esta Superintendencia, y la gestión documental digital de dichos documentos. Además, la Unidad encargada de la etapa de notificación y despacho es la responsable final de la recepción, organización, clasificación y trazabilidad de los documentos que lleguen al organismo, relacionados al contencioso, con la función de adjuntar la información a la plataforma PAE e informar, cuando corresponda, en tiempo y forma, a las Unidades respectivas toda aquella comunicación o documentación remitida de las entidades o reclamantes, que hayan remitido información documental o digital a esta Superintendencia. Organizacionalmente este proceso depende del Departamento de Administración y Finanzas (DAF).

### 16.1 Recepción de requerimientos de Notificación y Despacho

Los requerimientos de notificación y despacho podrán ser de diversa naturaleza, principalmente pueden ser requerimientos de información a entidades que no se encuentren conectadas al Sistema PAE, o podrán ser la emisión de las resoluciones que no sean notificaciones electrónicas a los usuarios.


El ingreso de casos PAE, que sean recibidos por la Oficina de partes, se encontrará limitado entendiéndose que dichas reclamaciones no cumplen con los requisitos mínimos para el ingreso de los mismos en el Sistema PAE, considerando la matriz de competencias definida que establece los requisitos de ingreso.

El funcionario de Gestión de correspondencia identificará el caso y según criterio experto, podrá rechazar el ingreso y solicitar que el mismo se realice directamente mediante el sistema PAE mediante el procedimiento interno que se establezca para tal efecto.

En caso que los antecedentes obtenidos, por oficina de partes, cumpla con las condiciones de ingreso, coordinará su incorporación al Sistema PAE con DASU

### 16.2 Remisión de Oficio de Mero trámite

Los requerimientos de información a entidades que no se encuentran conectadas con el Sistema PAE, se realizarán mediante un documento físico dirigido a la entidad correspondiente. Este se recepcionará vía Sistema y deberá ser físicamente dirigido al destinatario indicado mediante procedimiento interno de la unidad de Gestión de Correspondencia.

	<b>Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social</b>	<b>Información Interna</b>
<b>Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO</b>		
Fecha de última modificación: junio de 2021	Página 30 de 55	

### 16.3 Recepción de respuestas de entidades

A su vez, esta Unidad recibirá las respuestas de las entidades en su formato físico y clasificará estos documentos de forma ordenada, codificando la recepción de los mismos.

### 16.4 Recepción de respuestas de entidades

Finalmente, se incorporarán las respuestas de las entidades como documentos adjuntos a la presentación, en base al código R indicado, en el Sistema PAE.

### 16.5 Remisión de Resolución SUSESO

Las resoluciones que no sean notificadas de manera electrónica, deberán ser remitidas en forma física a sus destinatarios. Lo anterior será mediante el uso de Correos de Chile como intermediario en la entrega de correspondencia.

El procedimiento implica la elaboración del documento físico que deberá ser remitido, así como su revisión, codificación, y despacho, mediante el procedimiento interno de la Unidad de Gestión de Correspondencia definido para tal efecto.

## 17. ARCHIVO

**Objetivo: Corresponde al proceso de archivo del proyecto de resolución ya visado y firmado, dando cierre al proceso del expediente en el sistema PAE y generándose la FECHA DE CIERRE de un caso.**

### 17.1 Archivo del expediente en el Sistema PAE


Remitidas las resoluciones, de forma electrónica o física, se procederá al archivo del caso en el Sistema PAE, quedando este expediente electrónico en el estado ARCHIVADO, poniendo fin al proceso de gestión de reclamaciones.

### 17.2 Otros Ingresos

Cuando una materia haya sido ingresada por error en el Sistema PAE como una reclamación, y se determina que no corresponde a una materia contenciosa; las Unidades operativas requerientes informarán, mediante correo electrónico a la Unidad DAF a cargo de la notificación y despacho, la información de que los antecedentes se deriven al Departamento correspondiente bajo el procedimiento que dicha Unidad desarrolle para implementar la derivación de estos antecedentes. Lo información remitida por correo por parte de las Unidades operativas, permitirá que el caso se archive sin dictamen en el Sistema PAE.

## 18. CREACIÓN DE MÉTRICAS E INDICADORES DEL CONTENCIOSO

**Objetivo: apoyar al cumplimiento de los objetivos del Departamento Contencioso, mediante metodologías de gestión que permitan formalizar, desarrollar, implementar y mejorar, de**

	<b>Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social</b>	<b>Información Interna</b>
<b>Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO</b>		
Fecha de última modificación: junio de 2021	Página 31 de 55	

**forma continua, los procesos del Departamento, generando métricas e indicadores que permitan visualizar la trazabilidad de los casos, su producción y resultados.**

En el marco de la implementación del Procedimiento Administrativo Electrónico, desarrollando una función transversal de gestión interna y de coordinación entre las áreas funcionales internas y externas al Departamento.

### **18.1 Requerimiento, por parte de los Jefes de Departamento, de la creación de métricas e indicadores**

Para apoyar al cumplimiento de las metas institucionales y los requerimientos de la Autoridad, el Jefe de Departamento solicitará la creación de métricas e indicadores para medir la gestión interna del Departamento Contencioso. Lo anterior será bajo requerimiento de instrucción a los profesionales que se encuentren a cargo de la gestión interna del Departamento.

### **18.2 Creación de métricas e indicadores de Gestión del Contencioso**

La Unidad de gestión del contencioso, elaborará una propuesta de indicadores de gestión internos, que permitan medir, en base a las fuentes de información existentes, mediciones o indicadores que permitan conocer el comportamiento de la gestión interna de los profesionales, así como también de la producción de aquellos, verificando en base a las metas indicadas por el Jefe de Departamento, respecto del comportamiento de la gestión, sus variaciones y requerimientos.

### **18.3 Revisión y aprobación de las métricas e indicadores**


Las propuestas de mediciones e indicadores serán aprobadas por el Jefe de Departamento, mediante su revisión y despacho a las jefaturas de las Unidades Dependientes del Departamento Contencioso, para efectuar las medidas que sean necesarias para aumentar la producción de los profesionales.

## **19. INFORMES Y REPORTES DEL CONTENCIOSO**

**Objetivo: Informar, mediante informes periódicos, las métricas e indicadores de gestión, que permitan informar oportunamente desviaciones que afecten el cumplimiento de los objetivos de gestión propuestos en el Departamento.**

### **19.1 Elaboración de informes y reportes del Contencioso**

La Unidad encargada de la elaboración de informes y reportes, elaborará, en base a las métricas e indicadores aprobados, los informes a requerimiento que sean solicitados por el Jefe de Departamento, de modo de informar el comportamiento y trazabilidad de la cantidad de casos en el Departamento, su comportamiento a lo largo de los procesos en el Departamento, así como también la cantidad de casos producidos, según la unidad de medición que sea requerida.

	<b>Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social</b>	<b>Información Interna</b>
<b>Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO</b>		
Fecha de última modificación: junio de 2021	Página 32 de 55	

## 19.2 Revisión de informes del Contencioso

El Jefe de Departamento revisará los informes de gestión en conjunto con las Jefaturas de las Unidades dependientes para analizar el comportamiento e implementar las medidas de control que sean necesarias para orientar los esfuerzos al cumplimiento de los objetivos instituciones definidos.

## 19.3 Aprobación de informes y remisión a Unidades

Con la aprobación de dicho informe, la Jefatura del Departamento Contencioso remitirá, o delegará la remisión, del informe a las Jefaturas de Unidades que estime conveniente, informando sobre los resultados de gestión interna.

## 20. ELABORACIÓN DE PLANES DE ACCIÓN

**Objetivo: En base a los antecedentes de los informes y reportes, elaborar los planes de acción que sean necesarios para corregir aquellas variaciones significativas que afecten al cumplimiento de los objetivos del Departamento Contencioso.**

### 20.1 Identificación de variaciones relevantes del Contencioso

Ante variaciones significativas en las mediciones o indicadores informados en los reportes de gestión del Contencioso, el Jefe de Departamento podrá instruir que ante variaciones que afecten el cumplimiento de los objetivos del Departamento, que se desarrollen los planes de acción necesarios para hacer las correcciones o gestiones necesarias que busquen el cumplimiento de las meyas internas.

### 20.2 Elaboración de planes de acción del Contencioso


Se desarrollarán los planes de acción considerando la información existente, utilizando para ello las bases de datos que disponga el Sistema PAE y se informarán a los involucrados, las acciones que se deben desarrollar en base a dicho plan, de modo de implementar las correcciones necesarias.

## 21. MEJORA CONTINUA DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO ELECTRÓNICO EN EL DEPARTAMENTO CONTENCIOSO

**Objetivo: Identificar aquellas oportunidades de mejora continua, que permitan mejorar la gestión interna del Departamento Contencioso.**

### 21.1 Identificación de oportunidades de mejora del Contencioso

Toda aquella oportunidad de mejora, podrá ser canalizada, mediante correo electrónico, a la Unidad de gestión del Contencioso, de modo de elaborar una propuesta a ser revisada para la mejora interna del proceso administrativo electrónico, y con ello generar los requerimientos sistémicos que sean necesarios para poder implementar el sistema.

	<b>Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social</b>	<b>Información Interna</b>
<b>Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO</b>		
Fecha de última modificación: junio de 2021	Página 33 de 55	

## 21.2 Elaboración de proyectos de mejora del Procedimiento Administrativo Electrónico

En base a lo anterior, se podrán elaborar proyectos de mejora en el Procedimiento Administrativo Electrónico, en coordinación con aquellas áreas que tengan implicancias en dichos Planes (DASU y DTO), de modo de coordinar los requerimientos de información, de gestión y operativos que sean necesarios.

## 22. GESTIÓN DE PROFESIONALES EXTERNOS DEL CONTENCIOSO

**Objetivo:** El Departamento contencioso, en su proceso de satisfacer la demanda ciudadana, ha requerido de la incorporación de profesionales para la resolución de casos en las modalidades de honorarios, servicios profesionales por contratación directa y licitación, los cuales deben ser requeridos según el comportamiento de la demanda ciudadana, su incorporación, la gestión de los casos asignados y el proceso de pago, en donde interviene el Departamento Contencioso y el Departamento de Administración y Finanzas.

### 22.1 Requerimiento de contratación, según modalidad, de profesionales para la resolución de casos


El Jefe del Departamento, podrá requerir, mediante informe a la autoridad, la necesidad de aumentar la cantidad de profesionales a contrata, honorarios, servicios profesionales por contratación directa o procesos de licitación, en cuanto el Departamento de Administración y Finanzas, permita la utilización de los recursos y los mecanismos posibles.

El requerimiento de fondos para el aumento en la cantidad de profesionales resolutores o de asignación de casos, deberá ajustarse a la realidad de las estadísticas indicadas, bajo una metodología aprobada por la Jefatura de Departamento.

### 22.2 Apoyo en la elaboración de las Bases de Licitación para la contratación de profesionales para la resolución de casos

En caso de que el Departamento de Administración y Finanzas indique que la vía de contratación de profesionales externos sea mediante la vía de Licitación Pública, se solicitará al Departamento Contencioso el apoyo en la elaboración de las bases de Licitación, en donde principalmente se estipularán la distribución de los montos asignados a distintas líneas que se estimen pertinentes para la licitación. El Jefe de Departamento Contencioso será el responsable del proceso como contraparte técnica del mismo.

La gestión íntegra del proceso de licitación estará a cargo del Departamento de Administración y Finanzas y el Departamento Contencioso entregará el apoyo y soporte para la elaboración de las bases, para las charlas informativas, con los miembros necesarios para el Comité de evaluación de la licitación, para el apoyo en la creación de los usuarios y su gestión con el Departamento de Tecnología y Operaciones y finalmente con la primera asignación de casos, según los resultados del proceso de licitación.

	<b>Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social</b>	<b>Información Interna</b>
<b>Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO</b>		
Fecha de última modificación: junio de 2021	Página 34 de 55	

### **22.3 Creación de usuarios en el Sistema PAE**

Independiente de la modalidad en que hayan sido contratados los profesionales externos, el Departamento Contencioso apoyará en la información que sea necesaria para la creación de los usuarios en el Sistema PAE, lo que es independiente a la creación de los usuarios en los Sistemas de gestión de personas del Departamento de Administración y Finanzas.

### **22.4 Gestión en la asignación de casos según modalidad**

Se solicitará a la Unidad de Gestión de Expedientes que se realice la asignación de casos según el resultado del proceso de licitación, o la cantidad informada por el profesional contratado a honorarios.

### **22.5 Gestión de la producción de casos de los profesionales según modalidad**

Se realizarán controles quincenales de la producción de los profesionales contratados según modalidad (contrata, honorarios, servicios profesionales por contratación directa o licitación) para verificar el comportamiento respecto de las cantidades comprometidas por cada profesional según las características de su contrato.

Ante desviaciones o incumplimientos, el Jefe de Departamento contará con los informes de producción elaborados por Gestión Operacional para que tome las acciones correctivas pertinentes y genere los planes de acción.


El Jefe de Departamento Contencioso deberá revisar los informes de la Coordinación de Gestión Operacional y observar los cumplimientos e incumplimientos de los profesionales, internos y externos, respecto de los compromisos de resolución de casos mensuales y aplicar las medidas de control jerárquico o contractuales, que permitan velar por dicho cumplimiento. La aplicación de sanciones, multas u otros estará a cargo exclusivamente del Jefe de Departamento.

Además, el Jefe del Departamento Contencioso, es responsable del resguardo de los presupuestos y su ejecución.

### **22.6 Gestión del pago de los profesionales que resuelven casos**

El procedimiento de revisión y pago de los profesionales externos que resuelven casos en el Departamento Contencioso tendrá las siguientes actividades:

- El primer día hábil del mes siguiente se obtendrá la sábana de datos (workflow y PAE) y se obtendrán los casos realizados en el mes (entre la fecha de cierre anterior y la actual), realizados y que se encuentren en calidad de notificados o archivados.
- Se emitirá el listado de casos resueltos (notificados o archivados) por profesional a o empresa, siendo el Departamento Contencioso el emisor del dato con el respaldo sistémico.

	<b>Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social</b>	<b>Información Interna</b>
<b>Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO</b>		
Fecha de última modificación: junio de 2021	Página 35 de 55	

- Los profesionales externos revisarán los casos listados, así como el monto por el cual deberán realizar la boleta de honorarios o factura. El informe remitido (datos sábana) será la evidencia final de los casos realizados.
- Se solicitará a los profesionales la emisión de la boleta de honorarios o factura y la revisión de los casos realizados en un plazo máximo de cinco días hábiles, posterior al envío del reporte.
- Se remitirán los antecedentes a firma al jefe del Departamento. Con dicho listado aprobado se remitirá al Departamento de Administración y Finanzas para procesar el pago.
- Las otras acciones, como la aplicación de multas y sanciones, estarán estipuladas en los respectivos contratos y serán de aprobación del Jefe de Departamento.

## 23. CONSULTA WEB

**Objetivo:** Las consultas web corresponden a consultas, además de presentar sugerencias, felicitaciones y reclamos a la Superintendencia de Seguridad Social, en el ámbito de su competencia. Dichas consultas, reclamos, felicitaciones o sugerencias son realizadas mediante el portal web de la Superintendencia de Seguridad Social y no corresponden a casos de contencioso administrativo.

La gestión de consultas web, es elaborada por el Departamento de Atención de Usuarios DASU y pueden ser de cualquiera de las materias que son parte del Departamento Contencioso de la Intendencia de Beneficios Sociales, Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo, Fiscalía, Departamento de Tecnología y Operaciones, Departamento de Administración y Finanzas, entre otros.


Si se trata de una consulta o reclamo de simple solución, se emitirá respuesta a la persona o usuario dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha de su formulación.

Si, por el contrario, la consulta o reclamo es de cierta complejidad, esta se derivará a un profesional para análisis y elaboración de respuesta a la persona o usuario, la que se producirá dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha de su formulación.

Si se trata de una sugerencia o felicitación, ésta se derivará a la jefatura del canal de atención respectivo para conocimiento y tramitación posterior, generando a todo evento respuesta al usuario, dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha de su formulación.

### 23.1 Ingreso de la Consulta Web

La persona o usuario podrá realizar su requerimiento mediante la página web institucional y tiene como objetivo principal permitir realizar consultas, además de presentar sugerencias, felicitaciones y reclamos a la Superintendencia de Seguridad Social, en el ámbito de su competencia. A través de esta página se da inicio al flujo de ingreso de una consulta web, permitiendo avanzar por distintas páginas que identifican un paso en el proceso.

	<b>Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social</b>	<b>Información Interna</b>
<b>Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO</b>		
Fecha de última modificación: junio de 2021	Página 36 de 55	

### **23.1.1 Acceso, clasificación del requerimiento y datos del usuario.**

Para acceder a esta página inicial, previamente se debe cumplir con el paso de ingreso a la página web institucional, luego acceder al banner de Atención Usuarios y posteriormente ir a la opción “Formulario de Contacto” y presionar el botón “Completar el Formulario”.

### **23.1.2 Caracterización del requerimiento**

La Caracterización de un caso, corresponde a la serie de opciones sistémicas que permiten seleccionar el motivo de una consulta. Se debe seleccionar una materia, submateria y motivo para continuar con el flujo del proceso.

Luego de seleccionar los datos materia de apelación, submateria y motivo, el sistema despliega el espacio definido para el relato de la persona o usuario que puede contener un máximo de 4.000 caracteres, posteriormente se deberá presionar el botón “Continuar Consulta”.

Posteriormente se requerirán los datos de individualización del usuario, el tipo de interesado, Run y Email.

### **23.1.3 Validación de la reclamación**

Una vez ingresados todos los datos al ingreso de la consulta web, se validará la información existente y su aprobación permitirá al sistema el ingreso.

Lo anterior se realizará por medio de la aceptación de las condiciones del ingreso y confirmando el correo Email del interesado.

### **23.1.4 FUI Ingresado**

El último paso del flujo de reclamación, a través del formulario único de ingreso, es el paso “Terminar”. En este paso se presenta en pantalla un comprobante de ingreso con un número de folio que identifica la consulta.


## **23.2 Análisis FUI de la Consulta WEB**

**Objetivo:** Corresponde al proceso de gestionar el ingreso de la consulta y analizar el relato, en base a la clasificación de la materia, submateria y motivo señalado por el usuario.

**Es importante remarcar que la responsabilidad organizacional de este proceso recae en el Departamento de Atención al Usuario (DASU).**

### **23.2.1 Asignar los Formularios Únicos de Ingreso a los profesionales correspondientes**



	<b>Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social</b>	<b>Información Interna</b>
<b>Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO</b>		
Fecha de última modificación: junio de 2021	Página 37 de 55	

La asignación o reasignación de los Formularios Únicos de Ingreso (FUI), utilizando la vista FUI de consulta web en el sistema PAE, podrán ser de tres formas: Asignados por DASU y sus Unidades, o podrán ser autoasignados por los mismos funcionarios desde el Sistema.

La actividad tendrá por objetivo asignar los casos ingresados, de forma de que la mayor cantidad de los FUI puedan ser distribuidos entre la capacidad instalada de DASU y los profesionales de apoyo, según materia.

### **23.2.2 Examinar y analizar el Formulario Único de Ingreso (FUI) y verificar que se encuentra bien ingresado.**

Los funcionarios de DASU destinados a la revisión de FUIS de consulta web tendrán, en sus bandejas de trabajo los FUIS asignados. Los FUIS deberán ser revisados considerando el requerimiento de la persona o usuario. La revisión implica que la consulta se encuentre en armonía con los antecedentes de admisibilidad existentes, ya sea en la clasificación de su materia, submateria o motivo.

### **23.2.3 Validar el Formulario Único de Ingreso**

El analista, una vez verificado lo anterior, podrá validar el FUI de modo que este se transforme en una consulta formal, con un código C (C-XXXXX-XXXX). Dicho código identifica a un caso en reclamación que ha superado el análisis FUI, por lo que se encuentra ya clasificado en su materia, submateria y motivo.

### **23.2.4 Determinación del equipo al que será asignado según clasificación**


Según materia del requerimiento, el caso podrá ser respondido por el o los propios analistas de DASU asignados para esta función o se remitirá mediante la opción de “Consulta Interna” (Interconsulta) en el Sistema PAE a jefaturas, profesional de los equipos médicos, jurídicos o de cálculo, los que se asignarán según las diversas materias de los casos, en donde dicho caso pasará para resolver la consulta realizada.

Los profesionales podrán recibir las asignaciones de las consultas web, elaboradas mediante el uso de la página en internet de la superintendencia, mediante el Sistema PAE en el módulo destinado para estos efectos y deberán dar respuesta dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha de formulación de la consulta.

## **23.3 Elaboración de la Respuesta a la Consulta WEB**

### **23.3.1 Elaboración de la respuesta**

Los profesionales deberán desarrollar una respuesta acorde a la consulta web, sin que por ello se deba ahondar innecesariamente en dicha respuesta. El instrumento consulta web como su nombre lo indica es una consulta orientadora y que, si dicho requerimiento es un caso, se deberá informar a la persona o usuario que presente, mediante los canales destinados para ello una presentación.

	<b>Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social</b>	<b>Información Interna</b>
<b>Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO</b>		
Fecha de última modificación: junio de 2021	Página 38 de 55	

En caso de que el requerimiento no sea competencia de la Superintendencia de Seguridad Social, se deberá enviar respuesta al usuario informando cuál es la Entidad que debe conocer su consulta, y proporcionarle en lo posible dirección postal y/o electrónica de esta.

En el caso de que el requerimiento de un usuario se refiera a una **felicitación**, se deberá responder directo al usuario con respuesta tipo de felicitación dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha de su formulación. Posteriormente se envía correo electrónico a las jefaturas informando la felicitación recibida y se registra en planilla compartida en drive (BASE DE REGISTRO RSF 2021).


En el caso de que el requerimiento de un usuario se refiera a un **reclamo**, se deberá derivar el reclamo a través de interconsulta a la jefatura competente y posteriormente se registra en planilla compartida en drive (BASE DE REGISTRO RSF 2021). Una vez respondida la interconsulta se envía respuesta a la persona o usuario dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha de su formulación.

En el caso de que el requerimiento de una persona o usuario se refiera a una **sugerencia** se deberá derivar la sugerencia a través de interconsulta al profesional o jefatura competente, se envía correo electrónico a jefaturas competente informando la sugerencia, se anota en planilla compartida en drive (BASE DE REGISTRO RSF 2021). Una vez respondida la interconsulta se envía respuesta dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha de su formulación.

Cuando la consulta del usuario se refiere a obtener información por el trámite ingresado en plataforma de reclamaciones PAE, se analiza e informa el estado del caso y según situación identificada se genera gestión con área correspondiente.

El funcionario de DASU, luego de analizar el relato, y siempre consultando en la plataforma de reclamaciones PAE con el RUN del solicitante, puede optar por lo siguiente, dependiendo de los días que tiene en tramitación desde la fecha de ingreso de la presentación, se puede realizar la siguiente gestión:

- a) Expedientes con menos de 30 días: en el caso que la persona expone que requiere de una respuesta en el menor plazo posible, se registra en comentarios del caso que la persona solicita agilizar su trámite vigente.
- b) Expedientes entre 30 a 60 días: en el caso que la persona expone que requiere de una respuesta en el menor plazo posible, se agiliza a través del sistema PAE "Solicitar Agilización", generando desde la misma plataforma una solicitud que posteriormente es validada y se visualizará en la cabecera de la tarea de BPM una alerta indicando la solicitud aprobada.
- c) Expedientes de 60 días y más: se registra la solicitud como un caso especial en planilla compartida en el sistema Drive "Agilizaciones Mesa de Ayuda", y posteriormente los casos son notificados al Departamento Contencioso, quienes realizan gestiones para resolver el requerimiento de la persona.

	<b>Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social</b>	<b>Información Interna</b>
<b>Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO</b>		
Fecha de última modificación: junio de 2021	Página 39 de 55	

### 23.2.6 Envío de la respuesta al requerimiento.

Una vez elaborada la respuesta a la consulta, reclamo, felicitación o sugerencia, el funcionario deberá remitir la misma mediante el sistema PAE al correo electrónico informado.

## 24. ATENCIÓN, ASISTENCIA Y ORIENTACIÓN CIUDADANA DE MESA DE AYUDA TELEFÓNICA


**Objetivo:** Responder las consultas y requerimientos de asistencia y orientación a las personas que optan por contactarse con la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) a través del canal de atención telefónica. En este proceso se identifica la atención por Plataforma de Respuesta Interactiva de Voz y la atención por funcionarios/as que le otorga información y asistencia a la persona en relación a lo requerido.

### 24.1 Selección de opción para acceder a los servicios de atención, que ofrece la plataforma telefónica.

El usuario toma contacto telefónico con Mesa de Ayuda Telefónica de SUSESO, una vez ingresada la llamada en la Plataforma de Respuesta Interactiva de Voz (IVR), el sistema solicita digitar el RUN y posteriormente le ofrece opciones que le permiten satisfacer su demanda de información. La plataforma ofrece un servicio automatizado y de derivación para ser atendido por un/a funcionario/a:

- Si requiere información sobre el estado de un trámite ingresado en la plataforma de reclamaciones PAE (Procedimiento Administrativo Electrónico (PAE)), el usuario opta por la opción 1), que previo ingreso del folio del trámite, le informa sobre la etapa y estado del trámite en PAE. Luego de entregada la información termina la llamada.
- Si requiere información respecto de cómo reclamar ante SUSESO en contra de una Caja de Compensación, Mutual de Seguridad o COMPIN, opta por la opción 2), que orienta a visitar la página web "suseso.cl" y seleccionar la opción "reclamo" ingresando sus datos y los antecedentes requeridos. Luego de entregada la información termina la llamada.
- (Cabe destacar que la página web cuenta con distintas secciones para que la persona se informe y pueda realizar una transacción en la plataforma de reclamos como el "Orientador del Reclamo", "Trámites en Línea", "Reclame ante la SUSESO (Paso 0)").
- Si requiere tomar contacto con un/a funcionario/a del canal virtual de Mesa de Ayuda, opta por las otras opciones que ofrece el IVR (Ops. 3), 4), 5) y 6)). Luego de los respectivos saludos e identificación, se escucha el planteamiento de la persona y según lo analizado por el/a funcionario/a, le asiste y orienta según amerite la situación.

### 24.2 Identificación de la situación planteada por la persona, y entrega de respuesta por el funcionario según requerimiento expuesto.

	<b>Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social</b>	<b>Información Interna</b>
<b>Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO</b>		
Fecha de última modificación: junio de 2021	Página 40 de 55	

Se escucha con atención la situación que relata la persona, y en el diálogo que se produce, el funcionario/a realiza preguntas para profundizar y determinar si es o no es competencia de SUSESO.

- Si no es competencia de SUSESO, se orienta y deriva a entidad competente. Luego de entregada la información termina la llamada.
- Si es competencia de SUSESO, se solicitan antecedentes para preparar una respuesta, entregando la asistencia y orientación requerida. Según la caracterización propia de Mesa de Ayuda se pueden otorgar respuestas por una consulta Técnica, por una consulta por Reclamación o por una consulta por Trámite.

**24.3 Consulta técnica que no requiere ingreso en plataforma de reclamación PAE, responde funcionario/a o deriva consulta a especialista por medio de plataforma de Consulta Web.**


El/a funcionario/a luego de analizar la información entregada por la persona, opta por lo siguiente:

- Revisa los sistemas informáticos y plataformas de apoyo otorgando respuesta: Si está dentro de las competencias y conocimiento del funcionario/a, brinda a la persona la respuesta, generando un diálogo donde se puede profundizar la temática con preguntas directas y responder las dudas que le vayan surgiendo a la persona. Opcionalmente se remite al correo electrónico de la persona información y links para que posteriormente pueda acceder a contenidos técnicos incluidos en la página web de SUSESO (desde correo [mesadeayuda@suseso.cl](mailto:mesadeayuda@suseso.cl)).
- Si la situación planteada es de notoria complejidad se orienta a ingresar la consulta al "Contacto Web": Si no está dentro de las competencias y conocimiento del funcionario/a, se orienta a la persona a que pueda formular su consulta a través de la plataforma institucional de Contacto Web (Formulario de Contacto), explicando el procedimiento y aclarando que su consulta será derivada a la unidad técnica competente, quien dará respuesta por escrito. Luego de entregada la información termina la llamada.

**24.4 Consulta por reclamación que requiere ingreso en plataforma de reclamaciones PAE, asistiendo para el ingreso de la presentación en la plataforma.**

El/a funcionario/a luego de analizar la información entregada por la persona, y determinando que corresponde a una primera o nueva reclamación, que requiere adjuntar antecedentes o es una reposición, desarrolla lo siguiente:

- Identifica e informa la materia de apelación según la Matriz de Competencias del PAE, explicando los requisitos de admisibilidad e indicando la Materia, Submateria y Motivo que solicitara la plataforma al reclamante, como también los pasos a seguir en el caso de adjuntar nuevos antecedentes o realizar una reposición. Si es necesario el/a funcionario/a revisará los sistemas informáticos disponibles y consultará sobre la documentación en poder de la persona, para brindar asistencia y aclarar dudas según

	<b>Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social</b>	<b>Información Interna</b>
<b>Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO</b>		
Fecha de última modificación: junio de 2021	Página 41 de 55	


sea el caso. Opcionalmente se remite al correo electrónico de la persona información y links sobre la materia de reclamación e ingreso al PAE (desde correo mesadeayuda@suseso.cl). Luego de entregada la información termina la llamada.

- Opcionalmente si la persona requiere un acompañamiento en el paso a paso para ingresar su reclamación a la plataforma (lo que implica una asistencia de más tiempo), el/a funcionario/a puede coordinar con la persona una entrevista durante la tarde para continuar con la asesoría y asistir en el proceso de ingreso de su presentación. Se agenda el día y la hora dentro de la jornada laboral según disponibilidad de las partes. Luego de entregada la información termina la llamada.
- Opcionalmente en el caso que la persona plantea la imposibilidad de acceder a la plataforma de reclamación, y solo en los casos de apelación por rechazo de licencias médicas por motivo "Reposo Injustificado", se orienta a la persona a asistir a la sucursal de *ChileAtiende* más cercana a su domicilio, con todos los documentos que se le exigirán (requisitos de admisibilidad). Como última instancia se orienta a que asista a la sucursal de SUSESO correspondiente a su región, una vez confirmada la operatividad de la oficina. Luego de entregada la información termina la llamada.

**24.5 Consulta por trámite ingresado en plataforma de reclamaciones PAE, se analiza e informa el estado del caso y según situación identificada se genera gestión con área correspondiente.**

El/a funcionario/a luego de analizar la información entregada por la persona, y siempre consultando en la plataforma de reclamaciones PAE con el RUN del solicitante, opta por lo siguiente:

- Si trata sobre una presentación que se encuentra vigente en la plataforma de reclamación PAE, se le explica a la persona las etapas que tiene el proceso (1. Ingreso, 2. Antecedentes, 3. Estudio, 4. Dictamen) y dependiendo de los días que tiene desde la fecha de ingreso de la presentación, se realiza la siguiente gestión:
  - 1.- Casos con menos de 30 días: en el caso que la persona reclame los tiempos e insista que requiere de una respuesta en el menor plazo posible, se registra en comentarios del caso que la persona solicita agilizar su trámite vigente.
  - 2.- Casos entre 30 a 60 días: en el caso que la persona reclame los tiempos e insista que requiere de una respuesta, se agiliza a través del sistema PAE "Solicitar Agilización", generando desde la misma plataforma una solicitud que posteriormente es validada y se visualizará en la cabecera de la tarea de BPM una alerta indicando la solicitud aprobada.
  - 3.- Casos de 60 días y más: se registra la solicitud como un caso especial en planilla compartida en el sistema Drive "Agilizaciones Mesa de Ayuda", y posteriormente los casos son notificados al Departamento Contencioso, quienes realizarán gestiones para resolver el requerimiento de la persona.

	<b>Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social</b>	<b>Información Interna</b>
<b>Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO</b>		
Fecha de última modificación: junio de 2021	Página 42 de 55	

Luego de entregada la información termina la llamada.

- Si trata sobre una presentación que se encuentra vigente en la plataforma de reclamación PAE y se detecta algún problema con el ingreso (Ejem: materia mal ingresada, falta de documentos, entre otros) o problema con la tramitación dentro del sistema (Ejem: que el caso cumpla las condiciones para ser tramitado como Fast Track y no haya sido identificado), se informa a través de un correo electrónico al responsable del ingreso para su corrección o se cumple el procedimiento según lo establecido por la unidad responsable.


En especial los casos Fast Track se deben registrar en planilla compartida en el sistema Drive "Agilizaciones Mesa de Ayuda" y seguir procedimiento establecido por la Unidad de Resolución Abreviada.

Si el caso amerita mayor estudio y realizar otras gestiones que implican tiempo, no se realizan al momento de la entrevista telefónica con la persona en línea, por lo tanto, el/a funcionario/a siempre registra los antecedentes del caso para posteriormente realizar las acciones necesarias. Luego de entregada la información termina la llamada.


- Si trata sobre una presentación que se encuentra archivada en la plataforma de reclamación PAE, y la persona cuenta con un dictamen de SUSESO pero denuncia o reclama incumplimiento de lo instruido por parte de la entidad fiscalizada, el/a funcionario/a dejará registro del caso en planilla compartida en el sistema Drive "Derivaciones a otras Unidades – Mesa de Ayuda" y se orientará a la persona a realizar una nueva presentación en la plataforma de reclamación PAE según procedimiento "Reclamar por incumplimiento de dictamen". Luego de entregada la información termina la llamada.

Los casos registrados en la planilla mencionada, serán analizados por la jefatura y responsable del equipo de la Unidad de Atención Virtual, informando las situaciones detectadas a través de un correo electrónico al jefe del área de fiscalización de la intendencia competente, con el objeto que se dispongan acciones de fiscalización, sin perjuicio que el caso ingresado en la plataforma de reclamación PAE, analizado y resuelto por el profesional competente, considere que amerita una fiscalización según procedimiento establecido en PAE ("Notificar Entidad Fiscalizadora"), con lo cual notifica a través de un formulario de notificación, a una o varias unidades fiscalizadoras de SUSESO que se ha realizado un cierre de caso en estudio.

- Si trata de otra situación detectada y que tenga relación con el cumplimiento de la normativa de competencia de SUSESO, se procederá de igual manera, registrando en la planilla compartida en el sistema Drive "Derivaciones a otras Unidades – Mesa de Ayuda" y se informará a través de un correo electrónico al jefe del área de fiscalización de la intendencia competente.
- Si la persona requiere de un dictamen emitido por SUSESO, producto de una reclamación ingresada por la misma y del cual no ha tomado conocimiento, el/a funcionario/a podrá enviar copia del documento previa verificación de la identidad del

	<p align="center"><b>Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social</b></p>	<p align="center">Información Interna</p>
<p align="center"><b>Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO</b></p>		
<p>Fecha de última modificación: junio de 2021</p>	<p>Página 43 de 55</p>	

solicitante (validación de antecedentes registrados en la presentación), al correo electrónico que determine la persona (desde correo resoluciones@suseso.cl). Luego de entregada la información termina la llamada.


	<b>Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social</b>	<b>Información Interna</b>
<b>Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO</b>		
Fecha de última modificación: junio de 2021	Página 44 de 55	

## 25. ESQUEMA DE PROCESOS

A continuación, se presenta esquema de procesos del Contencioso

SUBPROCESO	ETAPAS
DASU - Pre Ingreso	Atención del Usuario(a) y recepción de antecedentes
DASU - Pre Ingreso	Ingreso de datos generales del usuario en FUI pre ingresado
DASU - Pre Ingreso	Digitalización de los documentos
DASU - Pre Ingreso	Incorporación de antecedentes digitalizados en FUI y devolución a usuarios.
DASU - Pre Ingreso	Caso Pre Ingresado
DASU - Ingreso	Ingreso de datos del reclamo del usuario
DASU - Ingreso	Incorporación de antecedentes digitalizados en FUI
DASU - Ingreso	Caracterización del caso
DASU - Ingreso	Validación de la reclamación
DASU - Ingreso	FUI Ingresado
DASU / UGE - Análisis del Formulario Único de Ingreso FUI	Asignar los Formularios Únicos de Ingreso a los profesionales correspondientes
DASU / UGE - Análisis del Formulario Único de Ingreso FUI	Examinar y analizar el Formulario Único de Ingreso y verificar que se encuentra bien ingresado.



	<b>Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social</b>	<b>Información Interna</b>
<b>Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO</b>		
Fecha de última modificación: junio de 2021	Página 45 de 55	

SUBPROCESO	ETAPAS
DASU / UGE - Análisis del Formulario Único de Ingreso FUI	Devolver cuando corresponda, a la Unidad de Atención a Usuarios, aquellos expedientes con requerimientos insuficientes de admisibilidad.
DASU / UGE - Análisis del Formulario Único de Ingreso FUI	Identificar aquellos casos fast track
DASU / UGE - Análisis del Formulario Único de Ingreso FUI	Asignar aquellos casos que se encuentren en la Resolución Exenta N°306, sobre delegación de Firmas en materias de simple y rápida resolución y que no requieren la aplicación de un procedimiento investigativo.
DASU / UGE - Análisis del Formulario Único de Ingreso FUI	Validar el Formulario Único de Ingreso
DASU / UGE - Completitud del expediente electrónico	Requerir los documentos de completitud del expediente según materia, de forma automática o manual
DASU / UGE - Completitud del expediente electrónico	Derivar los expedientes al Archivo Transitorio, debidamente clasificados por materia y especialidad, a la espera de respuestas de la entidad fiscalizada.
DASU / UGE - Completitud del expediente electrónico	Recepcionar y registrar las respuestas de las entidades
DASU / UGE - Completitud del expediente electrónico	Revisar que los antecedentes remitidos permitan la completitud del caso
DASU / UGE - Completitud del expediente electrónico	Reiteración, si aplica, del requerimiento de antecedentes a la entidad
DASU / UGE - Completitud del expediente electrónico	Validación de los documentos remitidos por la entidad
DASU / UGE - Asignación del expediente electrónico	Revisión de antecedentes y determinación de que el caso se encuentra listo para asignación
DASU / UGE - Asignación del expediente electrónico	Determinación del equipo al que será asignado según clasificación
DASU / UGE - Asignación del expediente electrónico	Determinación de la metodología de asignación: manual o masiva



**Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social**

Información  
Interna

Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO

Fecha de última modificación: junio de 2021

Página 46 de 55

SUBPROCESO	ETAPAS
DASU / UGE - Asignación del expediente electrónico	Asignar expedientes a las diferentes profesionales según capacidad instalada
DASU / DC - Estudio y Dictamen del expediente electrónico	Recepción por asignación de la materia de la reclamación
DASU / DC - Estudio y Dictamen del expediente electrónico	Revisión de la asignación de tarea en PAE
DASU / DC - Estudio y Dictamen del expediente electrónico	Solicitud de antecedentes complementarios (opcional)
DASU / DC - Estudio y Dictamen del expediente electrónico	Revisión de los antecedentes
DASU / DC - Estudio y Dictamen del expediente electrónico	Consulta interna (opcional)
DASU / DC - Estudio y Dictamen del expediente electrónico	Confección del oficio o resolución por el funcionario autor.
DASU / DC - Visación de la Resolución del expediente electrónico	Revisión de la resolución por parte del revisor visador (si aplica)
DASU / DC - Visación de la Resolución del expediente electrónico	Se remite resolución para aprobación del Jefe de Sección, Unidad o Departamento
DASU / DC - Firma de la Resolución del expediente electrónico	Se remite resolución para aprobación de las respectivas autoridades del Servicio
DASU / DC - Firma de la Resolución del expediente electrónico	Aprobación y firma de la resolución
DAF - Notificación, despacho y gestión de correspondencia	Ingreso de casos en PAE por oficios recibido en oficina de partes
DAF - Notificación, despacho y gestión de correspondencia	Recepción de requerimientos de Notificación y Despacho



**Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social**

Información  
Interna

Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO

Fecha de última modificación: junio de 2021

Página 47 de 55

SUBPROCESO	ETAPAS
DAF - Notificación, despacho y gestión de correspondencia	Remisión de Oficio de Mero trámite
DAF - Notificación, despacho y gestión de correspondencia	Recepción de respuestas de entidades
DAF - Notificación, despacho y gestión de correspondencia	Incorporación de antecedentes al Sistema PAE
DAF - Notificación, despacho y gestión de correspondencia	Remisión de resolución SUSESO
DAF - Notificación, despacho y gestión de correspondencia	Gestión de la correspondencia según tipo de resolución
DASU / DC / DAF - Archivo	Archivo del expediente en el Sistema PAE
UGO - Creación de Métricas e Indicadores del Contencioso	Requerimiento de creación de métricas e indicadores
UGO - Creación de Métricas e Indicadores del Contencioso	Creación de métricas e indicadores de Gestión del Contencioso
UGO - Creación de Métricas e Indicadores del Contencioso	Revisión y aprobación de las métricas e indicadores
UGO - Informes y reportes del Contencioso	Elaboración de informes y reportes del Contencioso
UGO - Informes y reportes del Contencioso	Revisión de informes del Contencioso
UGO - Informes y reportes del Contencioso	Aprobación de informes y remisión a Unidades
UGO - Elaboración de Planes de Acción para el Contencioso	Identificación de variaciones relevantes del Contencioso



**Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social**


Información  
Interna

Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO

Fecha de última modificación: junio de 2021

Página 48 de 55

SUBPROCESO	ETAPAS
UGO - Elaboración de Planes de Acción para el Contencioso	Elaboración de planes de acción del Contencioso
DC - Mejora Continua del Procedimiento Administrativo Electrónico	Identificación de oportunidades de mejora del Contencioso
DC - Mejora Continua del Procedimiento Administrativo Electrónico	Elaboración de proyectos de mejora del Procedimiento Administrativo Electrónico
UGO - Gestión de profesionales externos del Contencioso	Requerimiento de contratación, según modalidad, de profesionales para la resolución de casos
UGO - Gestión de profesionales externos del Contencioso	Apoyo en la elaboración de las Bases de Licitación para la contratación de profesionales para la resolución de casos
UGO - Gestión de profesionales externos del Contencioso	Creación de usuarios en el Sistema PAE
UGO - Gestión de profesionales externos del Contencioso	Gestión en la asignación de casos según modalidad
UGO - Gestión de profesionales externos del Contencioso	Gestión de la producción de casos de los profesionales según modalidad
UGO - Gestión de profesionales externos del Contencioso	Gestión del pago de los profesionales que resuelven casos
UGO - Gestión de profesionales externos del Contencioso	Término o renovación de contratos
DASU / DC - Consulta Web de materias no contenciosas	Ingreso de la Consulta web
DASU / DC - Consulta Web de materias no contenciosas	Análisis del FUI Consulta Web
DASU / DC - Consulta Web de materias no contenciosas	Elaboración de la respuesta a la consulta Web

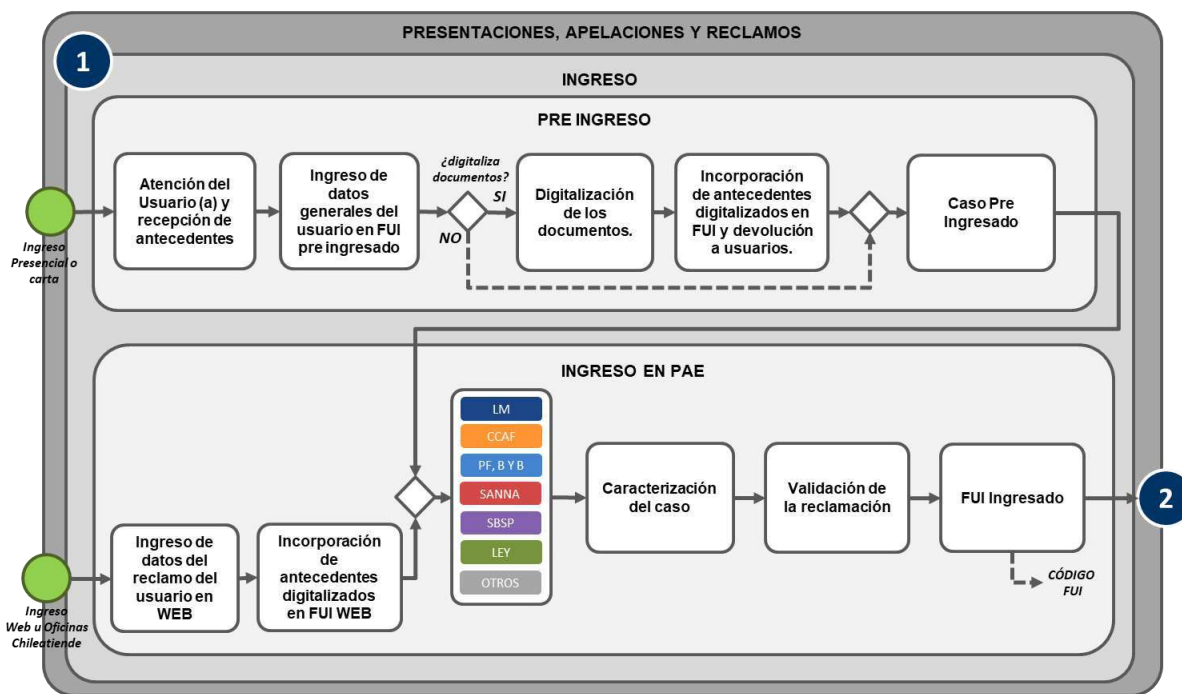
	<b>Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social</b>	<b>Información Interna</b>
<b>Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO</b>		
Fecha de última modificación: junio de 2021	Página 49 de 55	

SUBPROCESO	ETAPAS
DASU - Atención, Asistencia y orientación ciudadana de Mesa de Ayuda Telefónica	Selección de opción para acceder a los servicios de atención, que ofrece la plataforma telefónica.
DASU - Atención, Asistencia y orientación ciudadana de Mesa de Ayuda Telefónica	Identificación de la situación planteada por la persona, y entrega de respuesta por el funcionario según requerimiento expuesto.
DASU - Atención, Asistencia y orientación ciudadana de Mesa de Ayuda Telefónica	Consulta técnica que no requiere ingreso en plataforma de reclamación PAE, responde funcionario/a o deriva consulta a especialista por medio de plataforma de Consulta Web.
DASU - Atención, Asistencia y orientación ciudadana de Mesa de Ayuda Telefónica	Consulta por reclamación que requiere ingreso en plataforma de reclamaciones PAE, asistiendo para el ingreso de la presentación en la plataforma.
DASU - Atención, Asistencia y orientación ciudadana de Mesa de Ayuda Telefónica	Consulta por trámite ingresado en plataforma de reclamaciones PAE, se analiza e informa el estado del caso y según situación identificada se genera gestión con área correspondiente.

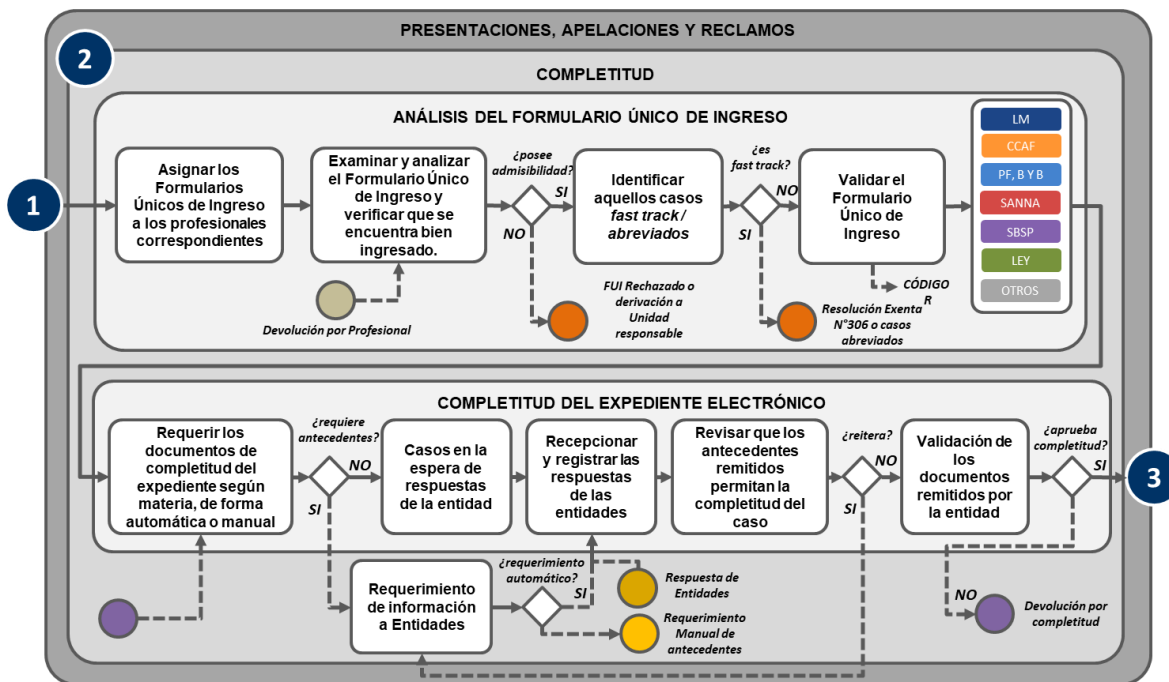
## 26. FLUJOGRAMAS DE PROCESO

A continuación, se presentan los flujos de procesos del Contencioso Administrativo

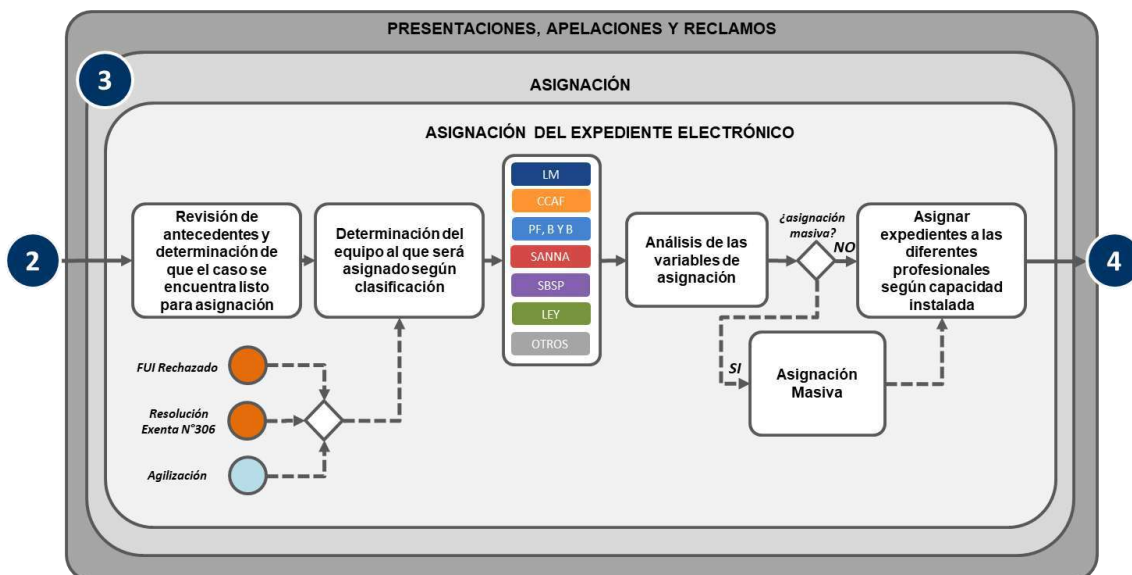
### 26.1 Pre Ingreso e Ingreso



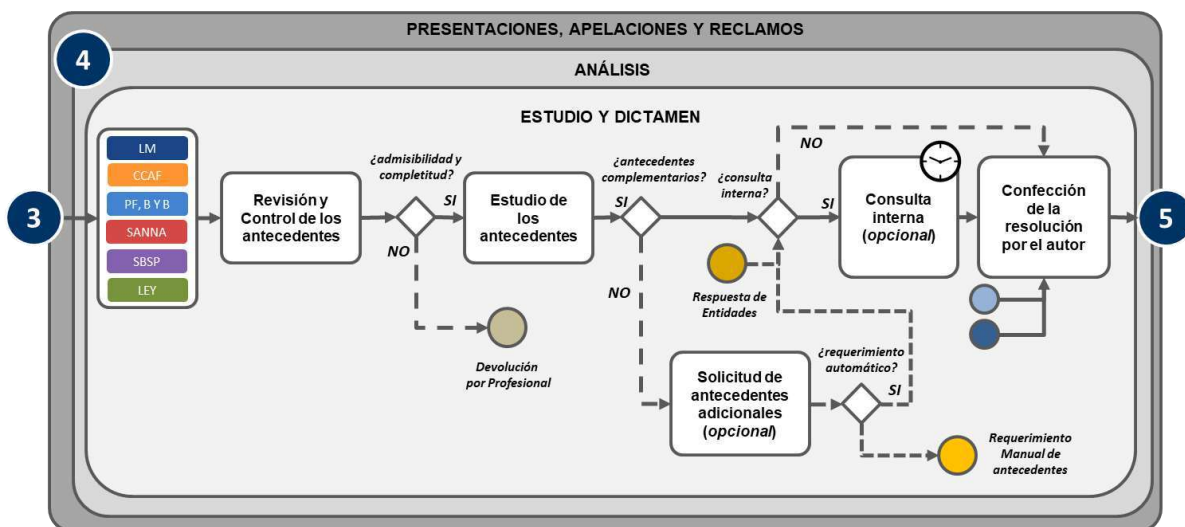
### 26.2 Proceso de Completitud



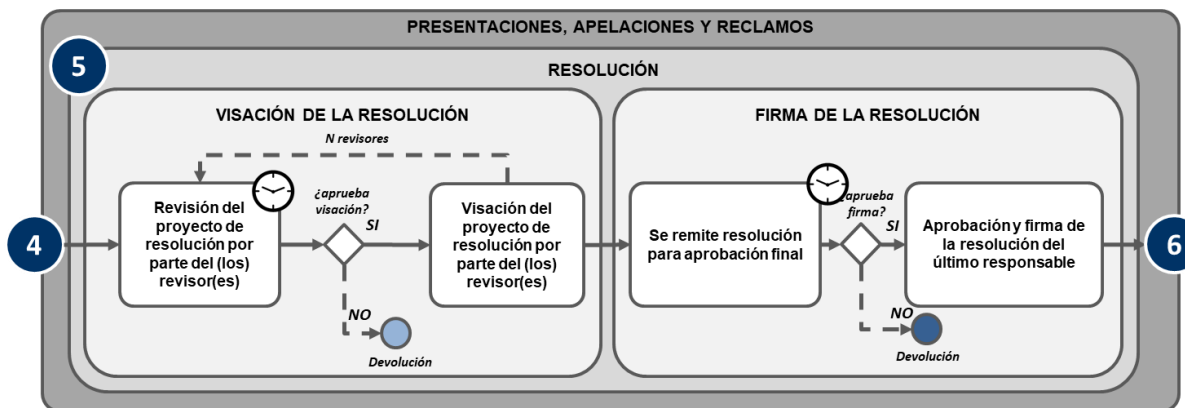
### 26.3 Proceso de Asignación



### 26.4 Proceso de Estudio y Dictamen

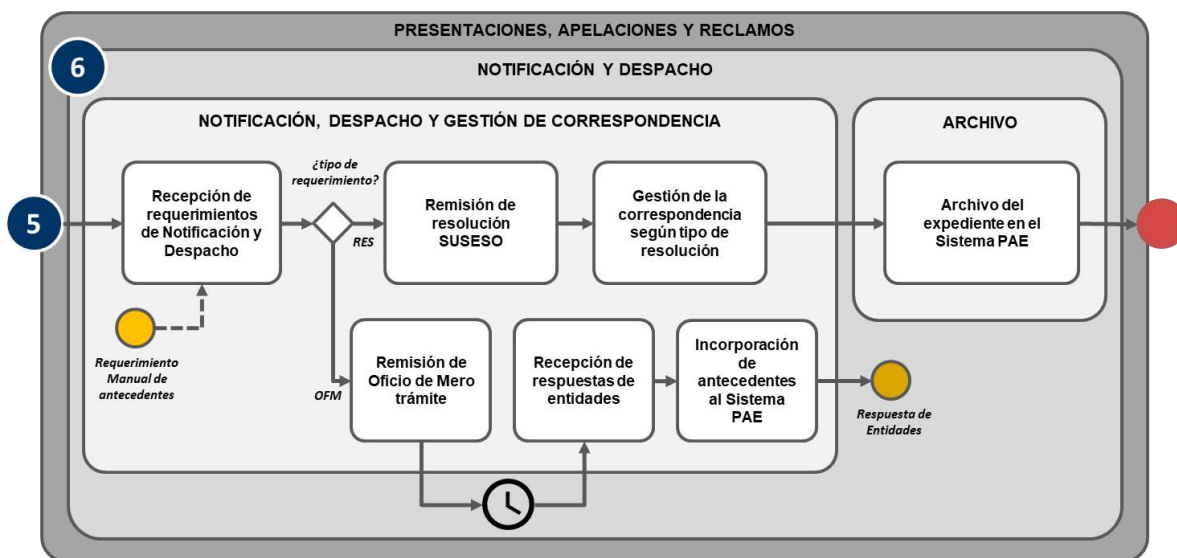


### 26.5 Proceso de Visación y Firma de la Resolución

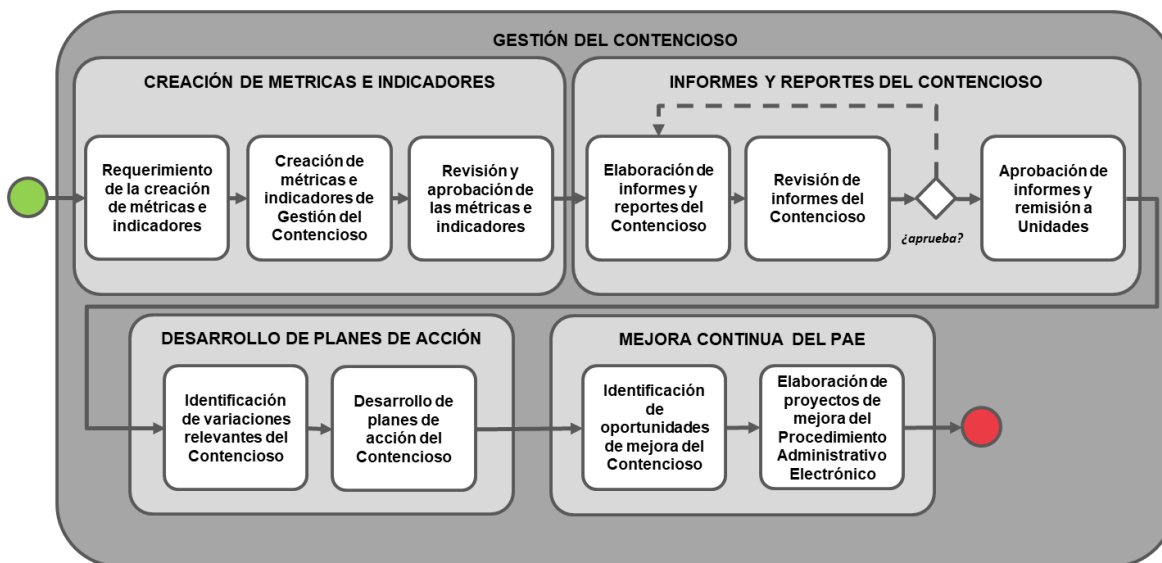




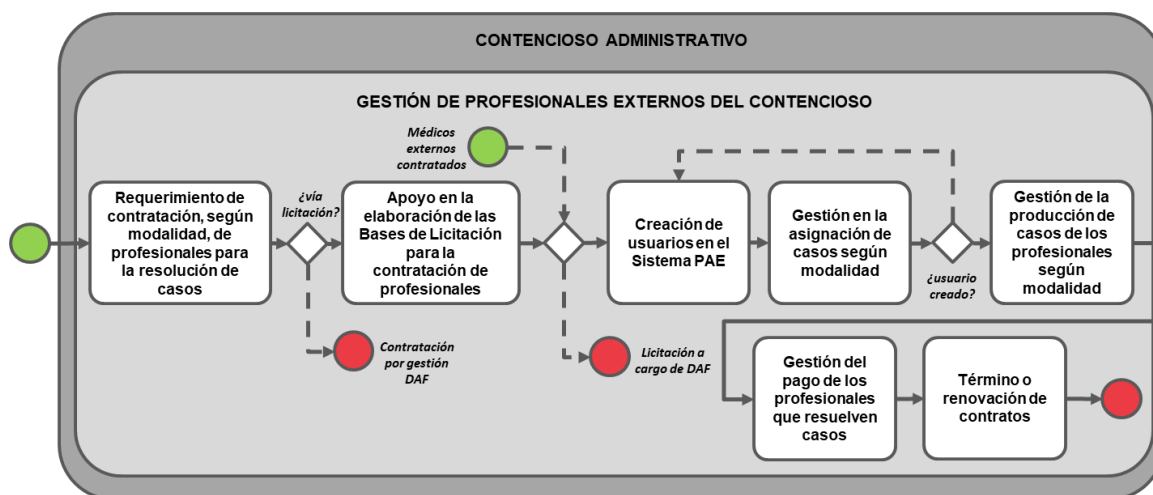
### 26.6 Proceso de Notificación y Despacho



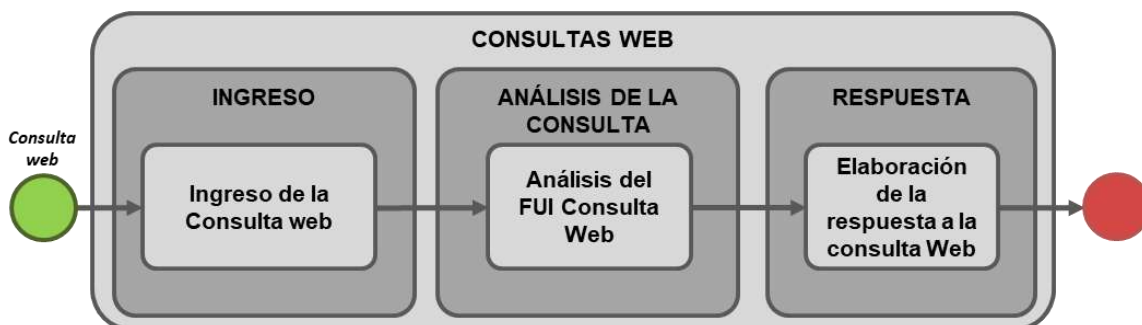
### 26.7 Proceso de Gestión del Contencioso



### 26.8 Proceso de Gestión de profesionales médicos externos del Departamento Contencioso



### 26.9 Consulta Web de materias no contenciosas





# Manual de procedimientos para la resolución y gestión de consultas, reclamos, presentaciones y apelaciones en materias contenciosas, en la Superintendencia de Seguridad Social

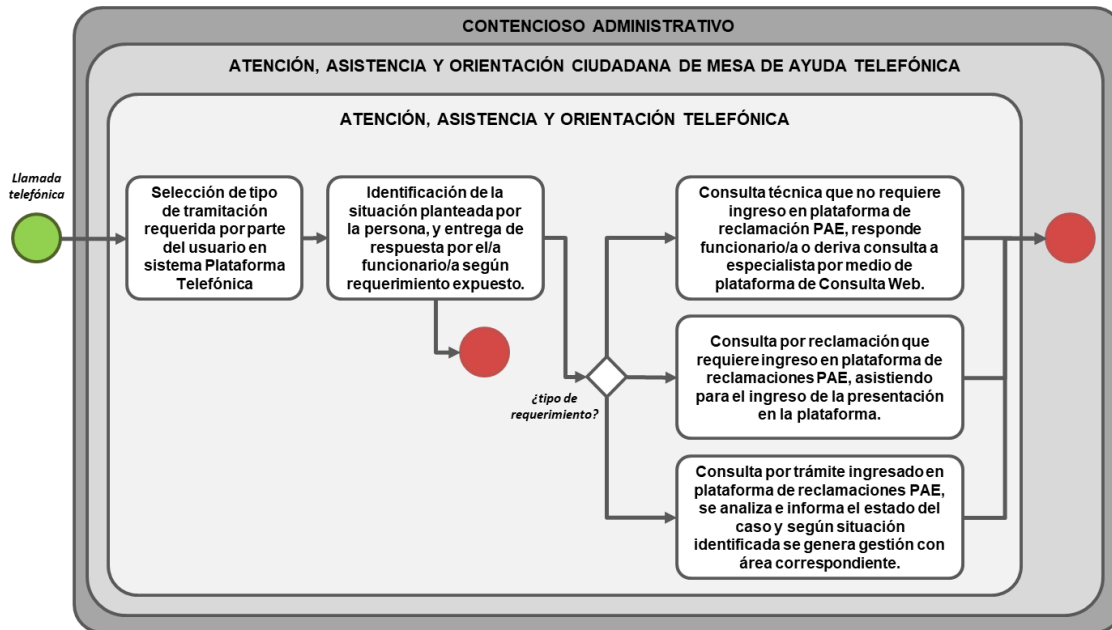
Información  
Interna

Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO

Fecha de última modificación: junio de 2021

Página 55 de 55

## 26.10 Proceso de Atención, asistencia y orientación ciudadana de mesa de ayuda



## TIPOS DE DOCUMENTOS RECLAMACIÓN GENERAL

1731: 'Certificado de cotizaciones previsionales AFP o IPS de los últimos 12 meses anteriores al mes de inicio de la licencia médica.'

1732: 'Certificado de pago de subsidios percibido en dicho período o comprobante de pago'

1733: 'Fotocopia de las 3 últimas liquidaciones de sueldo, anteriores al mes de inicio de la licencia médica'

1734: 'Acreditar que realiza actividad como trabajador independiente'

1735: 'Acta visita domiciliaria'

1736: 'Actas de la Inspección del trabajo, finiquito o comunicación de término de contrato (si lo hay).'

1737: 'Afiliado a Isapre Certificado de cotizaciones de salud de los seis meses anteriores a la licencia médica'

1738: 'Antecedente que acredite si trabajador independiente cotiza o no para pensiones y salud'

1739: 'Antecedente(s) que acredite circunstancia que impidió cumplimiento del reposo. (boleta farmacia o compra de alimentos, certificado control médico, entre otros)'

1740: 'Antecedentes de atención de urgencia en otro centro asistencia, si posee'

1741: 'Antecedentes de atenciones recibidas en otros centros asistenciales (policlínico de faena, servicio de urgencia de un centro asistencial sin convenio, etc.) si corresponde'

1742: 'Antecedentes de evaluaciones ambientales y de programa de vigilancia de salud de los trabajadores [CUANDO PROCEDA]'

1743: 'Antecedentes de la Empresa'

1744: 'Antecedentes de la vigilancia de factores de riesgo psicosocial en el trabajo, cuando corresponda'

1745: 'Antecedentes de la vigilancia de la salud, si corresponde'

1746: 'Antecedentes médicos de respaldo, si los tuviere'

1747: 'Antecedentes médicos que expliquen la naturaleza de la lesión y el mecanismo lesional relatado por el interesado [CUANDO PROCEDA]'

1748: 'Antecedentes médicos, en el evento que la COMPIN haya rechazado la discapacidad de la persona afectada.'

1749: 'Antecedentes que sustenten la reclamación de afiliación o desafiliación'

1750: 'Antecedentes que sustenten la reclamación o solicitud'

1751: 'Antecedentes utilizados para la determinación de la pensión de invalidez otorgada al pensionado fallecido [FALLECIMIENTO PENSIONADO LEY 16.744]'

1752: 'Audiometría PEECCA, si procede'

1753: 'Audiometrías previas, de programa de vigilancia médica y/o de egreso laboral , si procede'

1754: 'Autorización del recurrente para aumentar el porcentaje de descuento o documento que indique que no se ha solicitado la realización de descuentos adicionales.'

1755: 'Autorización que otorga el cuidado y administración de los bienes del menor, si está a cargo de un tercero [SOLICITANTE MENOR DE 18 AÑOS]'

1756: 'Carta de indicación de medidas de readecuación y seguimiento de su cumplimiento, si

procede'

1757: 'Carta remitida al empleador, con recomendaciones de mitigación y verificación de cumplimiento [CUANDO PROCEDA]'

1758: 'Cartola Médica actualizada (FONASA)'

1759: 'Cartola o certificado de cotizaciones de salud de los 24 meses anteriores al embarazo'

1760: 'Cédula Nacional de Identidad'

1761: 'Cédula Nacional de Identidad y resolución judicial de cuidado personal si existiere.'

1762: 'Certificado de afiliación a ISAPRE del beneficiario(si corresponde)'

1763: 'Certificado de alta con derivación, precisando si lo hizo con licencia médica [CUANDO PROCEDA]'

1764: 'Certificado de alta laboral (si procede)'

1765: 'Certificado de alta médica o laboral (en el evento que se encuentre en esa condición).'

1766: 'Certificado de alumno regular por estudios secundarios, técnicos o superiores en establecimiento reconocido por el Ministerio de Educación [CUANDO PROCEDA] [HIJO MAYOR DE 18 Y MENOR DE 24 AÑOS]'

1767: 'Certificado de cotizaciones de IPS o AFP, de los 3 meses calendario anteriores al mes en que se inicia el reposo'

1768: 'Certificado de cotizaciones de IPS o AFP, de los últimos 6 meses anteriores a la fecha del accidente del trabajador o Certificado Histórico de cotizaciones en caso de fallecimiento por enfermedad profesional (en el caso de un trabajador independiente, solo cuando el trabajador independiente haya cotizado para pensiones)'

1769: 'Certificado de cotizaciones de IPS, AFP o PREVIRED, de los últimos 24 meses anteriores al mes en que se inicia el reposo con las 3 últimas cotizaciones más próximas al inicio de la LM continuas para Dependiente y 5 últimas cotizaciones más próximas al inicio de la LM continuas para independiente, este último debe acreditar estar al día en cotización del mes anterior de LM , para cumplimiento requisitos de cotizaciones de independiente anteriores al mes de abril 2017 solo cotizaciones de salud. Por otra parte el tercer caso es del trabajador temporal cesante, quien debe contar con 12 o mas meses de afiliación previsional con anterioridad a inicio del beneficio , registrar a lo menos 8 cotizaciones previsionales, continuas o discontinuas en calidad de dependiente en los últimos 24 meses anteriores al inicio LM y las 3 últimas cotizaciones anteriores al inicio de LM deben ser en virtud de contrato a plazo fijo o por obra o servicio determinado.'

1770: 'Certificado de cotizaciones para el seguro de la Ley N° 16.744, de los 12 meses anteriores a la fecha del siniestro.'

1771: 'Certificado de cotizaciones previsionales (AFP o INP).'

1772: 'Certificado de Cotizaciones previsionales AFP'

1773: 'Certificado de cotizaciones previsionales AFP o IPS de los últimos 12 meses anteriores al mes de inicio de la licencia médica.'

1774: 'Certificado de cotizaciones previsionales AFP o IPS, de los últimos 24 meses inmediatamente anteriores a la fecha de la concepción.'

1775: 'Certificado de Cotizaciones previsionales AFP, de los 24 meses anteriores al embarazo'

1776: 'Certificado de cotizaciones previsionales AFP, IPS y de FONASA o ISAPRE, de los últimos 12 meses anteriores al mes de inicio de la licencia médica.'

1777: 'Certificado de cotizaciones previsionales AFP, IPS y de FONASA o ISAPRE, de los últimos 14 meses anteriores al mes de inicio de la licencia médica.'

1778: 'Certificado de Defunción, enfermedades graves o accidentes familiares o personas cercanas, en caso que la Licencia esté asociado a algún evento particular. Certificado de pérdida o daños por aluviones, terremotos, incendios, otros, si hubiese sido afectado por algún evento de esta naturaleza. ( Enfermedad Psiquiátrica) DESEABLE'

1779: 'Certificado de defunción, si procede'

1780: 'Certificado de derivación precisando si lo hizo con licencia médica'

1781: 'Certificado de estudios del periodo reclamado'

1782: 'Certificado de ingreso'

1783: 'Certificado de IPS o AFP, en caso que trabajador cotice para pensiones'

1784: 'Certificado de nacimiento'

1785: 'Certificado de pago de pensiones [CUANDO PROCEDA]'

1786: 'Certificado de pago de pensiones [CUANDO PROCEDA]. En el caso de que el recurrente sea además exonerado político o pensionado de leyes especiales, informe de pago de pensiones del IPS.'

1787: 'Certificado de pago de subsidios percibido en dicho período o comprobante de pago'

1788: 'Certificado de pago de subsidios por incapacidad laboral(SIL)'

1789: 'Certificado de pago de subsidios por incapacidad laboral(SIL), si el certificado de cotizaciones de la AFP indicare que hubo pago de cotizaciones previsionales por SIL, en el primer semestre anterior al período reclamado'

1790: 'Certificado de prepago Ley N° 20.130 de la Caja que realizó la compra de cartera o documento que indique que no hubo compra de cartera.'

1791: 'Certificado del Boletín Comercial o informe DICOM'

1792: 'Certificado del empleador que acredite entrega en plazo'

1793: 'Certificado del médico tratante'

1794: 'Certificado del médico tratante o del empleador, según quien haya incurrido en la enmendadura'

1795: 'Certificado histórico de cotizaciones del IPS o AFP respectiva'

1796: 'Certificado histórico de cotizaciones previsionales.'

1797: 'Certificado médico o antecedentes que acrediten la ocurrencia de la situación que le impidió presentar oportunamente la licencia.'

1798: 'Certificado Trámite de Pensión Invalidez.'

1799: 'Certificado Trámite de Pensión Invalidez. '

1800: 'Certificados de Cotizaciones AFP de 6 meses anteriores a la fecha de inicio de reposo de la Licencia Médica'

1801: 'Certificados de Cotizaciones de Salud 6 meses anteriores a la fecha de inicio de reposo de la Licencia Médica'

1802: 'Comprobante de atención en IPS y en la Municipalidad referido al cumplimiento del requisito de vulnerabilidad (ficha de protección social o registro social de hogares).'

1803: 'Comprobante de ingreso a la Caja del prepago efectuado.'

1804: 'Comprobante de pago de subsidio de origen común [CUANDO PROCEDA]'

1805: 'Comprobante de recepción por el empleador o Comprobante de despacho por correo u

otra empresa de transporte'

1806: 'Comprobante de reclamo presentado en el IPS.'

1807: 'Comprobantes de gastos médicos incurridos [CUANDO PROCEDA]'

1808: 'Comunicación mediante la cual la entidad administradora le informó el pago indebido del beneficio y le requirió su reintegro, si la tuviere.'

1809: 'Condiciones generales de trabajo y empleo para estudio de patología mental laboral'

1810: 'Copia clara y legible de Resolución de la COMERE impugnada.'

1811: 'Copia completa de la ficha clínica'

1812: 'Copia completa de la ficha clínica '

1813: 'Copia de autorización de carga familiar (cuando el trabajador tenga más de 2 hijos)'

1814: 'Copia de autorización de carga familiar, cuando tenga hijos en esa condición'

1815: 'Copia de carta de cobranza, si procede'

1816: 'Copia de carta de la entidad administradora que informa el reembolso'

1817: 'Copia de contrato de trabajo o finiquito, según corresponda, del empleador vigente al momento del accidente o diagnóstico de la enfermedad profesional (trabajadores sector privado) o Certificado de remuneraciones [TRABAJADORES SECTOR PÚBLICO]'

1818: 'Copia de contrato de trabajo actualizado (trabajadores sector privado) o Certificado de remuneraciones [TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO]'

1819: 'Copia de contrato de trabajo actualizado (trabajadores sector privado) o Certificado de remuneraciones [TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO] y vigencia relación laboral con empleador publico al inicio del primer permiso.'

1820: 'Copia de cualquier otro medio probatorio presentado por el interesado o tenidas a la vista por el organismo administrador'

1821: 'Copia de DIAT o DIEP '

1822: 'Copia de DIAT o DIEP, cuando corresponda'

1823: 'Copia de finiquito [CUANDO PROCEDA], por haber terminado la relación laboral'

1824: 'Copia de finiquito con otro empleador, otorgado dentro de los 3 meses anterior al mes en que se inicia el reposo [CUANDO PROCEDA]'

1825: 'Copia de formularios SANNA ya autorizados al mismo trabajador y si generaron derecho a subsidio el detalle de los mismos, esto es, montos y períodos autorizados. '

1826: 'Copia de FUN (sólo para trabajadores afiliados a ISAPRE)'

1827: 'Copia de la carta entregada por la CCAF como respuesta a su reclamación'

1828: 'Copia de la declaración jurada de ingresos del semestre enero a junio anterior al periodo reclamado'

1829: 'Copia de la declaración jurada de ingresos respectiva'

1830: 'Copia de la denuncia del accidente'

1831: 'Copia de la Resolución de la COMPIN que declara el porcentaje de discapacidad.'

1832: 'Copia de la resolución impugnada'

1833: 'Copia de la respuesta entregada por el Servicio de Bienestar'

1834: 'Copia de la respuesta entregada por la C.C.A.F.'

1835: 'Copia de la solicitud de adhesión o comunicación especial de la entidad empleadora en que designe un domicilio distinto'

1836: 'Copia de la solicitud del beneficio'

1837: 'Copia de licencia médica emitida por Organismo Administrador, por 77 bis'

1838: 'Copia de licencia médica rechazada por aplicación del artículo 77 bis por ambos lados'

1839: 'Copia de licencia médica rechazada por COMPIN o ISAPRE, por 77 bis'

1840: 'Copia de los antecedentes de afiliación o de desafiliación'

1841: 'Copia de orden(es) de reposo (Mutualidades) o de licencia(s) médica(s) autorizadas (ISL) '

1842: 'Copia de solicitud de asignación familiar'

1843: 'Copia de solicitud de beneficio o extinción de él, si la tuviere. De lo contrario, indicar entidad administradora, RUN de los causantes por los que se reclama, contrato de trabajo del periodo reclamado'

1844: 'Copia de solicitud de beneficio o extinción de él, si la tuviere. De lo contrario, indicar entidad administradora, RUN de los causantes por los que se reclama, contrato de trabajo del periodo reclamado y del finiquito si hubiere terminado relación laboral, si los tuviere.'

1845: 'Copia del (los) Pagaré(s) que respalda(n) el (o los) crédito(s) social(es).'

1846: 'Copia del comprobante de afiliación o de la solicitud de desafiliación'

1847: 'Copia del contrato de trabajo'

1848: 'Copia del contrato de trabajo del periodo reclamado y del actual, si hubiere una nueva relación laboral'

1849: 'Copia del finiquito.'

1850: 'Copia íntegra de parte de Carabineros o constancia, en caso que éstos existiesen'

1851: 'Copia íntegra y legible de licencias médicas, si procede'

1852: 'Copia íntegra y legible de Órdenes de Reposo y/o licencias médicas extendidas, si procede y fueron tenidas a la vista por el organismo'

1853: 'Copia íntegra y legible de Resolución(es) impugnada(s)'

1854: 'Copia legible del contrato de trabajo del afectado, con indicación de su jornada laboral, si se ha tenido a la vista para resolver'

1855: 'Copia legible del registro de control de asistencia correspondiente al mes en que ocurrió el accidente (si procede)'

1856: 'Copia LM, por ambos lados, con timbre, tramitada en ISAPRE o COMPIN (solo para licencias en PAPEL)'

1857: 'Copia Resolución emitida por COMPIN en la que se sanciona al Profesional'

1858: 'Copias íntegras y legibles de las solicitudes de créditos sociales pactados.'

1859: 'Croquis o mapa (si procede)'

1860: 'Cualquier antecedente que desee aportar relacionado con la reclamación.'

1861: 'Cualquier otro antecedente que haya servido de base para la calificación'

1862: 'Cualquier otro antecedente que haya tenido a la vista para aplicar la sanción'

1863: 'Declaración del trabajador, en la que describa las circunstancias del accidente o enfermedad, cuando corresponda'

1864: 'Declaración jurada de soltería o que mantiene su estado de viudez [CUANDO PROCEDA]'

1865: 'Declaración jurada simple de testigos que den cuenta que conoce a la persona y que señale las labores con el empleador acreditado y período de las mismas, señalando porque le consta tal situación del trabajador.'



- 1866: 'Declaración pormenorizada de la situación que le impidió cumplir el reposo.'
- 1867: 'DIAT'
- 1868: 'Dictamen Ejecutoriado Trámite de Pensión Invalidez.'
- 1869: 'DIEP'
- 1870: 'Documentación Civil (Certificado de nacimiento de la beneficiaria, certificado de defunción del causante, Certificado de nacimiento de cada uno de los hijos con el nombre de ambos padres, emitido con posterioridad al fallecimiento del causante)'
- 1871: 'Documentación Civil (Certificado de nacimiento del cónyuge beneficiario, Certificado de matrimonio emitido con posterioridad a la fecha del fallecimiento del causante, certificado de defunción del causante).'
- 1872: 'Documentación, válidamente emitida que acredite el pago efectuado. Este puede ser el comprobante de pago recepcionados por la respectiva C.C.A.F'
- 1873: 'Documentación, válidamente emitida que acredite el pago efectuado. Este puede ser: finiquito firmado ante notario, inspección del trabajo o representante del sindicato, liquidaciones de sueldos refrendada por el Empleador, o comprobantes de pago recepcionados por la respectiva C.C.A.F'
- 1874: 'Documento con el domicilio, sea particular o laboral, RUN y los datos de contacto de dicho profesional, tales como: teléfono y correo electrónico.'
- 1875: 'Documento con la individualización del profesional sancionado, indicando, su nombre y apellidos, RUN, y datos de contacto, tales como: domicilio, correo electrónico y teléfono.'
- 1876: 'Documento con la narración circunstanciada del hecho, que justifique la reclamación en contra de la sanción aplicada por COMPIN, señalando claramente las razones por las cuales considera que la sanción aplicada no corresponde.'
- 1877: 'Documento del reclamante que contenga la narración circunstanciada del hecho, que justifique la denuncia, señalando claramente las razones por las cuales considera que el profesional debe ser investigado, y los antecedentes de los cuales se desprende que la licencia médica fue otorgada con evidente ausencia de fundamento médico.'
- 1878: 'Documento que acredite el depósito de la cuota del leasing'
- 1879: 'Documento que acredite gestión útil dentro del plazo'
- 1880: 'Documento que contenga la individualización del profesional que se pronunció en primera instancia respecto a la licencia médica, indicando, como mínimo, el nombre y apellidos, e Isapre a la cual pertenece.'
- 1881: 'Documento que indique las razones por las cuales considera que el rechazo o la modificación de la o las licencias médicas ha sido injustificadas o sin expresión de causa.'
- 1882: 'Documento que respalde pago de las cuotas en mora.'
- 1883: 'Documento reclamación del Contralor de ISAPRE'
- 1884: 'En caso de enfermedad profesional presentar historia laboral y antecedentes que la respalden'
- 1885: 'En Neumoconiosis: Radiografía de tórax con técnica OIT, placas y/o CD. TAC de tórax en exposición a asbesto y fibrosis intersticial. Lectura OIT de radiografías, si procede '
- 1886: 'Estudio de la tasa de riesgo promedio'
- 1887: 'Estudio de puesto de trabajo para dermatitis de contacto [CUANDO PROCEDA]'
- 1888: 'Estudio de puesto de trabajo para el riesgo identificado [CUANDO PROCEDA]'

1889: 'Estudio de puesto de trabajo por sospecha de patología MEES'

1890: 'Evaluación audiológica médico legal con informe de ORL, si procede'

1891: 'Evaluación de invalidez para orfandad, emitido por la COMPIN, que especifique que la invalidez se produjo antes del fallecimiento del causante [CUANDO PROCEDA] [HIJO INVÁLIDO]'

1892: 'Evaluación de puesto de trabajo por sospecha de patología mental laboral'

1893: 'Evaluación de puesto de trabajo, cuando corresponda'

1894: 'Evaluación de riesgo para patología de la voz'

1895: 'Exámenes complementarios [CUANDO PROCEDA]'

1896: 'Exámenes diagnósticos, de imágenes y de función pulmonar , actuales y previas, si procede'

1897: 'Exámenes obligatorios para el estudio de patologías MEES'

1898: 'Exámenes particulares u otros antecedentes médicos, si posee (Ej. audiometrías previas y / o particulares, otros exámenes)'

1899: 'Exámenes particulares u otros antecedentes médicos, si posee (Ej. Placas radiográficas de tórax, otros exámenes de imágenes y exámenes de laboratorio )'

1900: 'Exámenes practicados, si los hubiere'

1901: 'Exámenes, radiografías y otros [CUANDO PROCEDA]'

1902: 'Ficha clínica cronológica y en orden'

1903: 'Ficha de evaluación clínica por sospecha de patología de la voz de origen laboral'

1904: 'Ficha de evaluación clínica por sospecha de patología dermatológica de origen laboral'

1905: 'Ficha de Evaluación Clínica y Calificación de Origen de Patología MEES '

1906: 'Ficha de evaluación psicológica por sospecha de patología mental laboral'

1907: 'Finiquito o carta de aviso de término de contrato'

1908: 'Formulario de derivación'

1909: 'Formulario de registro de trabajador independiente, si procede'

1910: 'Formulario especial de traspaso'

1911: 'Formulario SANNA, copia resolución reclamada , informe que indique cantidad de días de reposo previos autorizados.'

1912: 'Fotocopia Cédula de Identidad sólo extranjeros'

1913: 'Fotocopia de la Licencia medica enmendada'

1914: 'Fotocopia de la licencia médica, tipo 3 , por ambos lados (para ver la fecha de la concepción)'

1915: 'Fotocopia de la liquidación(es) de pensión utilizada(s) de respaldo para el otorgamiento del crédito.'

1916: 'Fotocopia de la liquidación(es) de remuneración utilizada(s) de respaldo para el otorgamiento del crédito.'

1917: 'Fotocopia de la última liquidación de pensión.'

1918: 'Fotocopia de la(s) liquidacion(es) de sueldo o de pensión en la cual se vea la disminución de los haberes.'

1919: 'Fotocopia de las 3 liquidaciones de sueldo anteriores al 7° mes, antes del mes de inicio de la licencia médica, pudiendo extenderse hasta el mes 13 anteriores al inicio de la licencia médica; para completar las tres, si hay sólo 2 meses o si hay 1 mes en ese período considerar

igual.'

1920: 'Fotocopia de las liquidaciones de pensión que reflejen el mayor porcentaje de descuento.'

1921: 'Fotocopia de las liquidaciones de remuneración o pensión, utilizadas de respaldo para el otorgamiento de cada uno de los créditos.'

1922: 'Fotocopia de las liquidaciones de sueldo que reflejen el mayor porcentaje de descuento.'

1923: 'Fotocopia del Contrato de trabajo'

1924: 'Fotocopia del Finiquito si hubiere terminado relación laboral, si los tuviere.'

1925: 'Fotocopia del FUN (Formulario Único de Notificación, de la ISAPRE) vigente en los últimos 12 meses anteriores al inicio de la licencia médica.'

1926: 'Fotocopia del FUN (Formulario Único de Notificación, de la ISAPRE) vigente en los últimos 14 meses anteriores al inicio de la licencia médica.'

1927: 'Fotocopia del requerimiento del reintegro, indicando el periodo y monto a reintegrar.'

1928: 'Fotocopia íntegra y legible de la resolución de la COMPIN que se pronunció sobre la invalidez.'

1929: 'Fotocopia legible por ambos lados de la o las licencias médicas que fundamentan la denuncia.'

1930: 'Fotocopia legible por ambos lados de la o las licencias médicas que fundamentan la denuncia. '

1931: 'Historia de exposición ocupacional a radiación UV de origen solar, si procede'

1932: 'Historia ocupacional completa para el factor o factores de riesgo involucrados [CUANDO PROCEDA]'

1933: 'Histórico de Licencias Médicas'

1934: 'Histórico LM (ISAPRE)'

1935: 'Identificación de la entidad empleadora (Nombre y RUT)'

1936: 'Identificación del establecimiento educacional con dirección '

1937: 'Identificación del Servicio de Salud contra el que reclama.'

1938: 'Información General del Crédito (Cuotas pagadas, pendientes o morosas).'

1939: 'Informar si se ha determinado la cotización adicional por siniestralidad efectiva o por no haber acreditado los requisitos del artículo 8° del D.S. 67, de 1999, del M. del Trabajo y Previsión Social'

1940: 'Informe al tenor de la presentación, indicando además si hubo atención (gestión útil) a los interesados por cualquier vía (presencial, telefónica, etc.) (Se solicita al IPS).'

1941: 'Informe de COMPIN reclamada sobre los fundamentos que tuvo a la vista para rechazar la discapacidad de la persona reclamada, acompañando los antecedentes de respaldo.'

1942: 'Informe de especialista, si procede'

1943: 'Informe de Fiscalía del Servicio respectivo'

1944: 'Informe de investigación de accidente [CUANDO PROCEDA]'

1945: 'Informe de la Fiscalía de la Mutualidad o Depto. Jurídico del ISL, que analice la presentación, incluyendo un fundamento sobre la calificación de origen del accidente [CUANDO PROCEDA] (causal jurídica)'

1946: 'Informe de la Municipalidad, cuando la causal de rechazo no sea médica'

1947: 'Informe de la última entidad administradora, antes del cese de la relación respecto de lo

reclamado por el recurrente'

1948: 'Informe de las razones que motivaron el no reconocimiento o la no extinción de un causante'

1949: 'Informe de las razones que motivaron el rechazo del pago'

1950: 'Informe de peritaje, si procede'

1951: 'Informe del Instituto de Previsión Social (IPS) o de la Entidad Administradora – si es distinta del IPS - al tenor de la reclamación deducida'

1952: 'Informe del IPS, si se reclama por el pago del beneficio.'

1953: 'Informe en tenor del reclamo, y además antecedentes relacionados con el cálculo, si éste fuere el motivo del reclamo.(este informe se solicita a SENCE)'

1954: 'Informe fundado'

1955: 'Informe fundado (y resoluciones de rechazo)'

1956: 'Informe fundado con copia LM , informe complementario cuando corresponda , indicar si la contingencia esta en etapa de sospecha o confirmación, tratamiento, seguimiento, y recidiva, certificado de haberse realizado trasplante o de inscripción en registro de ISP otorgado por coordinadora trasplantes, en caso de fase terminal informe medico de no recuperación y del director área medica del prestador de salud. En caso de accidente grave informe en ese sentido y que el cuadro implique riesgo vital o secuela funcional severa.'

1957: 'Informe fundado con el detalle de tramitación del formulario. Cuando el reclamo sea por derecho a subsidio informe de ese requisito, detallando período de cotizaciones considerado para determinar el derecho, cantidad de cotizaciones, fecha de afiliación. Informar si se notificó a la entidad pagadora el traspaso del permiso por los padres, fecha de la cesión y en tal caso, entregar los antecedentes de cotizaciones y afiliación del padre cedente.'

1958: 'Informe fundado con el detalle de tramitación del formulario. Informar si se notificó a la entidad pagadora el traspaso del permiso por los padres, fecha de la cesión y en tal caso, entregar los antecedentes de cotizaciones y afiliación del padre cedente.'

1959: 'Informe fundado en el que se precise el monto del subsidio y la forma en que fue calculado '

1960: 'Informe fundado que explique las razones por las que no se acogió la solicitud'

1961: 'Informe fundado respecto al reclamo '

1962: 'Informe fundado, de acuerdo a la circunstancia reclamada por la entidad empleadora'

1963: 'Informe fundado, en el que se precise el monto diario del subsidio, el valor diario de la cotización y la forma en que fueron calculados. Detalle de la configuración del beneficio con el desarrollo de la obtención de las rentas y/o subsidios utilizados en su determinación, y los meses y número de días trabajados, empleados en su cálculo. Explicación del proceso de amplificación de las remuneraciones imponibles [CUANDO PROCEDA]'

1964: 'Informe fundado, en el que se precise el monto diario del subsidio, el valor diario de la cotización y la forma en que fueron calculados. Detalle de la configuración del beneficio con el desarrollo de la obtención de las rentas y/o subsidios utilizados en su determinación, y los meses y número de días trabajados, empleados en su cálculo.'

1965: 'Informe fundado, en el que se precise la forma en que fue calculada la indemnización. Detalle de la configuración del beneficio, con explicación y respaldo de factor de deflatación aplicado a las remuneraciones imponibles base de cálculo para su determinación, y su

posterior amplificación hasta su fecha de concesión y pago.'

1966: 'Informe fundado, en el que se precise la forma en que fue calculada la indemnización. Detalle de la configuración del beneficio, con explicación y respaldo de factor de deflactación aplicado a las rentas base de cálculo para su determinación, y su posterior amplificación hasta su fecha de concesión y pago.'

1967: 'Informe fundado, en el que se precise la forma en que fue calculada la pensión. Detalle de la configuración del beneficio, con inicial deflactación y posterior amplificación de rentas de su base de cálculo. '

1968: 'Informe fundado, en el que se precise la forma en que fue calculada la pensión. Detalle de la configuración del beneficio.'

1969: 'Informe fundado, en el que se precise la forma en que fue calculada la pensión. Detalle de la configuración del beneficio, con inicial deflactación y posterior amplificación de las remuneraciones imponibles de su base de cálculo. '

1970: 'Informe Inspección del Trabajo e Informe de peritaje Isapre, si procede'

1971: 'Informe médico'

1972: 'Informe médico actualizado y con fecha, con copias de exámenes que avalen el compromiso de salud. (Enfermedades Oncológicas)'

1973: 'Informe médico fundado '

1974: 'Informe médico fundado referido a la procedencia de los reembolsos reclamados, si lo tiene disponible'

1975: 'Informe médico que precise si la sinología exhibida por el trabajador al presentarse en su centro asistencial es compatible con la evolución de la lesión, atendido el tiempo transcurrido desde el accidente, si procede'

1976: 'Informe médico sobre fundamentos de la calificación de la patología'

1977: 'Informe médico sobre fundamentos de la calificación de la patología '

1978: 'Informe médico sobre fundamentos de la calificación de la patología, salvo calificación efectuada por médico de urgencia'

1979: 'Informe Médico Tratante legible, actualizado y con fecha.'

1980: 'Informe ordenado en forma cronológica, de atenciones brindadas por prestadores en convenio, cuando corresponda'

1981: 'Informe que justifique calificación y que, cuando corresponda, se pronuncie respecto a la compatibilidad del mecanismo lesional (Salvo cuando esto se haya registrado en la ficha clínica)'

1982: 'Informe sobre acrecimiento de pensiones, detallando las modificaciones de monto de los distintos beneficios y su fecha de vigencia [CUANDO PROCEDA].'

1983: 'Informe sobre el origen de la incompatibilidad, adjuntando cualquier antecedente que de cuenta de la misma'

1984: 'Informe sobre las causales que motivaron el reintegro y las gestiones efectuadas.'

1985: 'Informe sobre los fundamentos de la determinación del tramo'

1986: 'Informe sobre los fundamentos que se han tenido a la vista para rechazar el beneficio'

1987: 'Informe sobre los fundamentos que tuvo a la vista para el no pago del beneficio(se solicita al IPS).'

1988: 'Informe sobre los fundamentos que tuvo a la vista para el otorgamiento, la duración, el

rechazo del beneficio o su extinción, según proceda(se solicita a la Municipalidad).'

1989: 'Informe Social '

1990: 'Informe técnico con mediciones de ruido laboral, si procede'

1991: 'Investigación de accidente [CUANDO PROCEDA]'

1992: 'La individualización del reclamante, indicando su nombre y apellidos, RUN, y datos de contacto tales como: domicilio, correo electrónico y teléfono.'

1993: 'La resolución del contralor médico de la institución de salud previsional, que rechazó o modificó la o las licencias médicas que fundamentan la denuncia.'

1994: 'Liquidación de la prestación'

1995: 'Liquidación de la Prestación, con indicación o no de descuento de una indemnización global precedente o de otra pensión concedida con anterioridad. En caso de gran invalidez, informe sobre cálculo de suplemento de pensión. '

1996: 'Liquidación de la prestación, con indicación o no de rebaja de montos correspondientes a pago de anterior beneficio de igual naturaleza.'

1997: 'Liquidación del crédito social por prepago - Certificado de prepago Ley N° 20.130 de la Caja que realizó la compra de cartera.'

1998: 'Liquidaciones de remuneraciones de 6 meses anteriores a la fecha de inicio de reposo de la Licencia Médica'

1999: 'Liquidaciones de remuneraciones o de pensiones según proceda, del período reclamado (si las tuviere).'

2000: 'Liquidaciones de sueldo 3 meses anteriores a fecha de inicio del reposo'

2001: 'Liquidaciones de sueldo 6 meses anteriores al accidente o al diagnóstico de incapacidad permanente en caso de enfermedad profesional'

2002: 'Liquidaciones de sueldo 6 meses anteriores al accidente o al diagnóstico de incapacidad permanente en caso de enfermedad profesional [TRABAJADOR DEPENDIENTE]'

2003: 'Liquidaciones de sueldo o subsidios de 3 meses anteriores a fecha de inicio del reposo en caso de dependiente, rentas o subsidio de 5 meses anteriores en caso de independiente y 12 últimas remuneraciones o subsidios para los cesantes.'

2004: 'Maestro Histórico LM completo y actualizado (FONASA)'

2005: 'No se requiere informe adicional. Expediente de COMERE se remite a esta SUSESOS inmediatamente después de emitida la Resolución por la COMERE, por lo tanto el expediente y todos los antecedentes se encuentran en SUSESOS'

2006: 'Nombramiento de curador, en caso de existir discapacidad psíquica [HIJO INVÁLIDO]'

2007: 'Número promedio de trabajadores'

2008: 'Oficio de la Autoridad con el requerimiento'

2009: 'Oficio de la Autoridad que remite propuesta de decreto supremo.'

2010: 'Opcionalmente puede presentar exámenes/ficha clínica y otros antecedentes que tuviere (Informes médicos, Informes de fiscalización de la Inspección del Trabajo, Sentencias de Tribunales, Informes de peritajes)'

2011: 'Opcionalmente, otros antecedentes (informe médico, informe de fiscalización de la Inspección del trabajo, peritajes, sentencias judiciales)'

2012: 'Orden de Reposo o copia de Licencia Médica 5 o 6 [CUANDO PROCEDA]'

2013: 'Orden de transporte.'

2014: 'Órdenes de reposo y/o Certificado de derivación con licencia'

2015: 'Otros antecedentes (informes médicos, informes de fiscalización de la inspección del trabajo, sentencias de tribunales)'

2016: 'Otros antecedentes médicos, si posee'

2017: 'Otros antecedentes Patología Siquiátrica y Med Interna: Informe Psicológico, Informe de Exámenes imagenológicos, Resultados Exámenes de Laboratorio u otros, Epicrisis, Protocolo Operatorio, Copia de Ficha Clínica.'

2018: 'Otros antecedentes Patología Traumatológica: Informe de Exámenes imagenológicos, Informe médico tratante.'

2019: 'Otros antecedentes que estime necesarios para fundar su denuncia (Informes médicos, informes de psicólogo, kinesiólogo, etc., exámenes de laboratorio o imagenológicos, etc. Que han sido aportados a la ISAPRE).'

2020: 'Otros antecedentes que estime necesarios para fundar su recurso (Informes de peritajes, cartolas de prestaciones, copia de las resoluciones).'

2021: 'Otros antecedentes que estime necesarios para fundar su recurso (Informes médicos, informes de psicólogo, kinesiólogo, exámenes de laboratorio o imagenológicos, copia de ficha clínica).'

2022: 'Otros antecedentes si los hubiera: Fotocopia de controles médicos del lactante (carné de control médico), Copia de Informe de exámenes realizados, Fotocopia de la Curva de crecimiento pondoestatural o del Carné de control del niño(a), Epicrisis de hospitalizaciones, Dato de atención de Servicio de Urgencia o SAPU, Derivación Sala IRA o GES, Informe Kinésico detallado (tratamiento y número de sesiones)'

2023: 'Otros antecedentes: Todas las Patologías: Informe Psicológico, Informe Kinésico, , Resultados Exámenes realizados: Laboratorio, electrofisiológicos, otros; Epicrisis, Protocolo Operatorio, Copia de Ficha Clínica.'

2024: 'Otros antecedentes: Informe Psicológico, Informe Kinésico, Informe de Exámenes Imagenológicos, Resultados Exámenes realizados.(Laboratorio, electrofisiológicos, otros), Epicrisis, Protocolo Operatorio, Copia de Ficha Clínica.'

2025: 'Otros exámenes de evaluación, si procede (Ej. Potenciales auditivos evocados)'

2026: 'Para otras causales de rechazo, cualquier antecedente relacionado que obre en poder del interesado.'

2027: 'Pauta de evaluación clínica por sospecha de patología mental laboral'

2028: 'Peritajes médicos'

2029: 'Presentación del interesado indicando: La individualización del denunciante, indicando, su nombre y apellidos, RUN, y datos de contacto, tales como: domicilio, correo electrónico y teléfono. '

2030: 'Presentación del reclamo o solicitud (con individualización del recurrente [nombre completo, cédula nacional de identidad, domicilio, correo electrónico, etc.] y del número de la licencia médica cuyo subsidio se encuentra pendiente de pago)'

2031: 'Presentación escrita del reclamo o solicitud con individualización del recurrente (nombre completo, cédula nacional de identidad, domicilio, correo electrónico, etc.).'

2032: 'Presentación escrita del reclamo o solicitud con individualización del recurrente (nombre completo, cédula nacional de identidad, domicilio, correo electrónico, etc.). La presentación

debe consignar el dictámen respecto del cual se está solicitando su cumplimiento'

2033: 'Presentación escrita por medio de la cual se explica y fundamenta el recurso de reposición. Es fundamental que en el relato del recurso se incluya la indicación del Dictamen respecto del cual se presenta la reclamación'

2034: 'Presentación escrita y debidamente fundada, indicando período que reclama y modalidad de pago solicitado (anual o mensual).'

2035: 'Presentación escrita y debidamente fundada, señalando la causal de rechazo y Municipalidad en que realizó el trámite.'

2036: 'Presentación escrita y fundada'

2037: 'Presentación escrita y fundada, indicando año del aporte reclamado, beneficio recibido en diciembre del año anterior (asignación familiar o subsidio familiar) y nombre de la entidad administradora de la asignación familiar cuando corresponda.'

2038: 'Presentación escrita y fundada, indicando el beneficio por el que reclama y otros de los que fuere titular.'

2039: 'Presentación escrita y fundada, indicando el bono reclamado'

2040: 'Presentación escrita y fundada, indicando el reclamo y sus fundamentos'

2041: 'Presentación escrita y fundada, indicando entidad administradora y causante por el cual solicita el reintegro.'

2042: 'Presentación escrita y fundada, indicando fecha de celebración del matrimonio y demás que estime necesarios.'

2043: 'Presentación escrita y fundada, indicando fecha de cese de la relación laboral y entidad administradora inmediatamente anterior al cese.'

2044: 'Presentación escrita y fundada, indicando la CCAF reclamada'

2045: 'Presentación escrita y fundada, indicando la entidad administradora que le otorgó la asignación familiar en su valor simple, indicando nombre y RUN del causante'

2046: 'Presentación escrita y fundada, indicando las entidades administradoras del periodo reclamado'

2047: 'Presentación escrita y fundada, indicando las entidades administradoras del periodo reclamado'

2048: 'Presentación escrita y fundada, indicando materia del reclamo y Municipalidad recurrida.'

2049: 'Presentación escrita y fundada, indicando nombre y RUN del causante por el que se reclama, período reclamado y entidad administradora.'

2050: 'Presentación fundada y escrita, indicando si es trabajador dependiente, independiente o pensionado. En el caso de ser trabajador dependiente del sector privado, indicar nombre de empleador por el cual solicita el reconocimiento del causante y de la entidad administradora (IPS o CCAF) a las que se encuentra afiliado para efectos de asignación familiar. Si es trabajador dependiente del sector público, indicar el nombre de la institución. Si es pensionado, indicar el nombre de la entidad que le otorgó la pensión (IPS; AFP; Compañía de Seguros, Mutualidades de Empleadores de la Ley N° 16.744). Además, se debe indicar la entidad administradora del período reclamado, nombre y RUN del causante y la fecha de inicio y/o extinción del reconocimiento reclamado.'

2051: 'Recibo del trabajador.'

2052: 'Régimen de salud común (FONASA o NOMBRE de ISAPRE y/o CCAF)'



2053: 'Registro de control de asistencia del interesado [CUANDO PROCEDA]'

2054: 'Relación de días de trabajo perdidos'

2055: 'Renta mensual declarada durante los 6 meses anteriores a la fecha de inicio del reposo'

2056: 'Renta mensual declarada durante los 6 meses anteriores a la fecha de inicio del reposo [TRABAJADOR INDEPENDIENTE]'

2057: 'Resolución COMPIN (si es ISAPRE)'

2058: 'Resolución de calificación (RECA)'

2059: 'Resolución de COMERE que se haya pronunciado sobre porcentaje de invalidez [CUANDO PROCEDA] y/o N° y fecha del Oficio que confirma o modifica dicha Resolución'

2060: 'Resolución de la COMPIN que fija el porcentaje de invalidez, tratándose de un viudo inválido'

2061: 'Resolución judicial que concedió la adopción, tuición o cuidado personal, cuando corresponda.'

2062: 'Resolución judicial que entrega cuidado personal del menor'

2063: 'Resolución que declara que el trabajador independiente no tiene derecho a las prestaciones'

2064: 'Resolución que establece el monto de la indemnización'

2065: 'Resolución que establece el monto de la pensión'

2066: 'Resolución que establece el monto de la pensión (con hijos o sin hijos) incluyendo primera liquidación de la misma (pago acumulado).'

2067: 'Resolución que establece el monto de la pensión (parcial, total o gran invalidez) y detalle de primera liquidación de la misma (pago acumulativo)'

2068: 'Resolución que establece el monto de la pensión de invalidez otorgada al pensionado fallecido [FALLECIMIENTO PENSIONADO LEY 16.744]'

2069: 'Resolución que establece el monto de la pensión de Viudez (con hijos o sin hijos) con el detalle de la primera liquidación de la misma (pago acumulado).'

2070: 'Resolución que fija el porcentaje de invalidez'

2071: 'Resolución que fija monto de subsidio'

2072: 'Resolución que no acoge solicitud de pensión'

2073: 'Resolución que no acoge solicitud de pensión de orfandad'

2074: 'Resolución que no acoge solicitud de pensión de viudez'

2075: 'Respuesta de la entidad contra la cual se reclama (C.C.A.F., ISAPRE), en la que conste que el recurrente acudió previamente a dicha entidad para que fuera atendida su consulta o reclamación.'

2076: 'Respuesta de la entidad contra la cual se reclama (COMPIN), en la que conste que el recurrente acudió previamente a dicha entidad para que fuera atendida su consulta o reclamación.'

2077: 'Resultados de la evaluación de riesgos psicosociales SUSESO-ISTAS 21, si corresponde'

2078: 'Si la denuncia proviene de un empleador, deberá señalar el régimen de salud de cada trabajador al que se le otorgó licencia médica denunciada.'

2079: 'Si se trata de una empresa que cotiza en el ISL, acompañar las planillas de pago de cotizaciones'

2080: 'Situación previsional del padre de los últimos 12 meses previos al traspaso (Certificado de cotizaciones)'

2081: 'Sólo si las tuviere, placas imagenológicas o cd con imágenes un otros exámenes efectuados fuera de la cobertura de la Ley 16.744, con sus respectivos informes.'

2082: 'Tabla de amortización y de desarrollo del crédito social.'

2083: 'Tablas de amortización y de desarrollo de cada uno de los créditos sociales.'

2084: 'Texto de D.S. que detalla el reglamento particular.'

2085: 'Texto de D.S. que detalla la modificación al reglamento particular.'

2086: 'Todos los exámenes de imágenes (en placas o CD), con sus respectivos informes.'

2087: 'Último contrato a plazo fijo o por obra o faena, anterior al embarazo, Sector Privado.'

2088: 'Ultimo contrato de trabajo a plazo fijo o por obra o servicio en faena determinada que ha tenido, anterior a la fecha de la concepción y su correspondiente finiquito.'

2089: 'Oficio Resolutivo'

2090: 'Documento asociado en Defensa de Juicio'

2091: 'Documento asociado en Respuesta Interconsulta'

2092: 'PDF Formulario Único'

2093: 'Informe conductor de entidad'

2094: 'Comprobante de Ingreso'

2095: 'Poder de Representación'

2096: 'Otros'

2099: 'Documento de Licencia Médica Generado por Sistema'

2100: 'Documento de Seguro Laboral DIAT Generado por Sistema'

2101: 'Documento de Seguro Laboral DIEP Generado por Sistema'

2102: 'Documento de Seguro Laboral RECA Generado por Sistema'

2103: 'Documento de Crédito Social Generado por Sistema'

2106: 'LME en formato electrónico'

2108: 'Carta conductora o presentación (general)'

2109: 'Certificado (general)'

2110: 'Histórico de licencias (general)'

2111: 'Informe (general)'

2112: 'Poder de representación (general)'

2113: 'Otros antecedentesss'

2133: 'Digitalización expediente Lotus'

2153: 'Digitalización Exp Lotus'

2173: 'Copia de Resolución que da origen al reclamo'

2174: 'Si el derecho lo reclama un eventual tercero, debe aportar copia de la Resolución judicial que le entrega al menor a su cuidado personal'

2175: 'Si el derecho lo reclama un eventual tercero, debe aportar copia del certificado de nacimiento del menor'

2176: 'Certificado de cotizaciones previsionales de los últimos 12 meses'

2177: 'Copia de las 6 últimas liquidaciones de sueldo, anteriores al inicio del beneficio [TRABAJADOR DEPENDIENTE]'

2193: 'Resolución Lotus'

2194: 'Resolución Lotus.'

2233: 'Resolución PAE'

2234: 'Resolución PAE.'

2253: 'Anexo 90'

2273: 'Respuesta de la entidad contra la cual se reclama (C.C.A.F., ISAPRE, COMPIN), en la que conste que el recurrente acudió previamente a dicha entidad para que fuera atendida su consulta o reclamación.'

2274: 'Informe sobre los fundamentos del cálculo'

2275: 'Fotocopia o comprobante de Licencia reclamada'

2276: 'Copia íntegra de las Licencias médicas afectadas'

2277: 'Copia de la Resolución que notifica no tener derecho al subsidio'

2278: 'Certificado de cotizaciones de FONASA con número de días cotizados'

2293: 'Cronología PDF'

2313: 'Maestro Histórico LM completo y actualizado (FONASA) (general)'

2314: 'Cartola Médica actualizada (FONASA) (general)'

2333: 'Dictamen Invalidez (General)'

2353: 'Agilización Presidencia'

2373: 'Otro (especificado)'

2374: 'Otro (especificado)'

2393: 'Presentación escrita y fundada sobre el derecho al bono COVID'

2394: 'Informe del SIAF para verificar si el bono ha sido otorgado al último día del mes de febrero'

2395: 'Informe a la Municipalidad cuando no tiene el beneficio'

2396: 'Informe al IPS indicando el pago del beneficio'

2413: 'Resolución judicial de desafuero'

2414: 'Certificado de Subsidios Pagados (beneficiarios FONASA) Trabajador Dependiente Sector Privado o Independiente'

2415: 'Certificado de ISAPRE de Subsidios Pagados (sólo beneficiarios ISAPRE) Trabajador Dependiente Sector Privado o Independiente'

2416: 'Documento o Informe fundado que acredite traspaso al padre del permiso post natal parental'

2417: 'Base de cálculo del subsidio'

2418: 'Informe fundado sobre el pago del beneficio'

2419: 'Documentos que acrediten existencia de otro empleador (contrato de trabajo vigente, planilla de pago de cotizaciones previsionales, otros documentos)'

2433: 'MAELIC'

2434: 'Cartola MAELIC'

2435: 'Oficio Resolutivo del caso anterior'

2453: 'Ord. Conductor del reclamo de la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones.'

2454: 'Reclamo de la Compañía de Seguros o del afiliado'

2455: 'Dictámen de invalidez reclamado'

2456: 'Casos archivados de afiliados en el sistema Lotus'

2457: 'Casos de afiliados en el sistema PAE(vigentes y/o archivados)'  
2458: 'Individualización del Organismo Administrador de la Ley N 16.744, al que pertenece el afiliado'  
2459: 'Documentos con el historial de todas las DIAT, RECA, RELA, REIP, ALME, ALLANbsp;disponibles en la base de datos SISESAT'  
2473: 'Documento asociado en Solicitud de Interconsulta'  
2474: 'INFORME MAELIC'  
2475: 'RESOLUCIÓN DE CUMPLIMIENTO ISAPRE'  
2476: 'INFORME DE DETERMINACION DE NUEVA BASE DE CÁLCULO'  
2477: 'INFORME DE SUBSIDIOS PAGADOS – LIQUIDACIÓN DE SUBSIDIOS'  
2478: 'Resolución de tasa de cotización emitida y notificada a la empresa.'  
2479: 'Resolución de calificación emitida y notificada al beneficiario.'  
2480: 'Investigación y notificación de la resolución de calificación de origen de un accidente (RECA).'  
2481: 'Emisión de liquidación o reliquidación de pago del beneficio pecuniario.'  
2482: 'Citación del trabajador afectado para el otorgamiento de prestaciones médicas, o bien para su reingreso.'  
2483: 'Notificación del cese de las prestaciones Ley al beneficiario. '  
2484: 'Notificación a la entidad empleadora de la resolución que deja sin efecto una multa cursada por aplicación del artículo 80 de la Ley N°16.744.'  
2485: 'Notificación a la entidad empleadora de la resolución que resuelve la aplicación o no de una multa.'  
2486: 'Realización de visita inspectiva para verificar la actividad económica y notificación del resultado de dicha gestión.'  
2487: 'Emisión de liquidación de reembolso por artículo 77 bis.'  
2488: 'Otras situaciones.'  
2489: 'DOCUMENTACION DE LA SOLUCION DEL CRÉDITO, EJEMPLO: PAGARÈ DE CRÈDITO SOCIAL, ANEXO DE PAGARE, OTROS'  
2490: 'RESOLUCIÓN QUE LE DA DERECHO A ESTE BENEFICIO'  
2491: 'REVISIÓN SIVEGAM (INFORME DEL GASTO)'  
2492: 'EXTRACCIONES WEB (APORTE FAMILIAR, BONO AYUDA, COVID, ETC.)'  
2493: 'Documento entregado desde SAGCOM: Formulario SUSESO'  
2494: 'Documento entregado desde SAGCOM: Acta'  
2495: 'Documento entregado desde SAGCOM: Otro antecedente'  
2513: 'Vinculado manual al Oficio Resolutivo'  
2533: 'Presentación escrita indicando los hechos, circunstancias y fundamentos de la denuncia. Se debe indicar además, el folio de las licencias médicas (en el caso de las LM electrónicas)'  
2534: 'Presentación escrita indicando los hechos, circunstancias y fundamentos del reclamo'  
2535: 'Copia de las licencias médicas denunciadas. En el caso de ser LM en PAPEL'  
2536: 'Licencia médica electrónica denunciada (en el caso que exista)'  
2537: 'Maestro histórico de licencias médicas y cartola de las licencias seleccionadas para investigar(FONASA)'  
2538: 'Maestro histórico de licencias médicas y cartola de prestaciones médicas de las licencias

seleccionadas para investigar (ISAPRE)'

2539: 'Cualquier antecedente que desee aportar relacionado con la reclamación'

2540: 'Documento identificando al profesional denunciado y cualquier otro antecedente relevante sobre los hechos'

2541: 'Identificación del profesional denunciado (nombres y apellidos, RUN, dirección física-particular y/o laboral y dirección de correo electrónico)'

2542: 'Documento identificando al Contralor Médico denunciado y cualquier otro antecedente sobre los hechos denunciados'

2543: 'Informe de COMPIN respectiva con los antecedentes de la investigación'

2544: 'Copia de las Resoluciones de Isapre que rechazaron o modificaron las licencias médicas materia de la denuncia'

2545: 'Copia de resolución COMPIN que ratifica o deniega la modificación de la licencia médica denunciada'

2546: 'Copia digitalizada de resolución Compin que lo sanciona'

2547: 'Acta de inicio de investigación'

2553: 'Formulario de reclamo Protocolo de Seguridad Sanitaria Laboral COVID-19 (acceda al formulario en el siguiente link, descárguelo para completarlo. Una vez llenado, deberá guardarlo y en el siguiente paso deberá subirlo)'

2554: 'Protocolo de Seguridad Sanitaria Laboral COVID-19'

2555: 'Otros Antecedentes'

2593: 'Presentación escrita y fundada'

2594: 'Copia de licencia médica (rechazada o emitida por 77 bis, según corresponda)'

2595: 'Informe médico fundado'

2596: 'Resultados de Exámenes de apoyo diagnóstico (exámenes de laboratorio, informe de exámenes imagenológicos u otros exámenes)'

2597: 'Exámenes diagnósticos, de imágenes y de función pulmonar , actuales y previas, si procede'

2598: 'Exámenes obligatorios para el estudio de patologías MEES'

2599: 'Cualquier otro antecedente que funde el reclamo'

2600: 'Otros antecedentes médicos'

2601: 'Cualquier otro antecedente que haya tenido a la vista para aplicar la sanción'

2602: 'Dictamen de pensión de invalidez ejecutoriado'

2603: 'Copia de contrato de trabajo o finiquito, según corresponda, del empleador vigente al momento del accidente del trabajo o diagnóstico de la enfermedad profesional (trabajadores sector privado) o Certificado de remuneraciones (trabajadores sector público)'

2604: 'Copia de contrato de trabajo actualizado (trabajadores sector privado) o Certificado de remuneraciones (trabajadores sector público)'

2605: 'Copia legible del contrato de trabajo del afectado, con indicación de su jornada laboral, si se ha tenido a la vista para resolver'

2606: 'Liquidaciones de sueldo 3 meses anteriores a fecha de inicio del reposo'

2607: 'Liquidaciones de sueldo 6 meses anteriores al accidente o diagnóstico de incapacidad permanente en caso de enfermedad profesional'

2608: 'Certificado histórico de cotizaciones del IPS o AFP respectiva'

2609: 'Otros antecedentes relacionados con el reclamo (Antecedentes de atención de urgencia en otro centro asistencial, informes médicos, informes de fiscalización de la inspección del trabajo, sentencias de tribunales, etc.)'

2610: 'Resolución de la COMPIN que fija el porcentaje de invalidez, tratándose de un viudo inválido'

2611: 'Certificado de cotizaciones para AFP, de los 12 meses anteriores a la fecha de inicio del reposo'

2612: 'Certificado de cotizaciones de IPS o AFP, de los 3 meses calendario anteriores al mes en que se inicia el reposo'

2613: 'Certificado de cotizaciones de IPS o AFP, de los 6 meses anteriores a la fecha del accidente o diagnóstico de la enfermedad'

2614: 'Certificado de cotizaciones de IPS o AFP, de los 6 últimos meses anteriores a la fecha del accidente del trabajador o Certificado histórico de cotizaciones en caso de fallecimiento por enfermedad profesional'

2615: 'Comprobante de pago de cotizaciones emitido por SII o información proporcionada anualmente por la TGR'

2616: 'Si el reclamante es un tercero, debe presentar una copia de la Cédula de la persona por la que reclama y poder simple de representación'

2617: 'Copia de documento que establece el monto del subsidio, indemnización o pensión'

2618: 'Informe fundado, en el que se precise la forma en que fue calculada la pensión. Detalle de la configuración del beneficio, con inicial deflactación y posterior amplificación de las remuneraciones imponibles de su base de cálculo.'

2619: 'Informe fundado, en el que se precise la forma en que fue calculada la pensión. Detalle de la configuración del beneficio, con inicial deflactación y posterior amplificación de rentas de su base de cálculo.'

2620: 'Informe fundado, en el que se precise la forma en que fue calculada la pensión. Detalle de la configuración del beneficio.'

2621: 'Informe fundado que explique las razones por las que no se acogió la solicitud'

2622: 'Informe fundado del organismo administrador'

2623: 'Informe fundado, de acuerdo a la circunstancia reclamada por la entidad empleadora'

2624: 'Informe fundado, que indique el código de actividad económica declarado por la entidad empleadora.'

2625: 'Informe fundado respecto del reclamo'

2626: 'Informe fundado, en el que se precise el monto diario del subsidio, el valor diario de la cotización y la forma en que fueron calculados. Detalle de la configuración del beneficio con el desarrollo de la obtención de las remuneraciones netas y/o subsidios utilizados en su determinación, y los meses y número de días trabajados, empleados en su cálculo. Explicación del proceso de amplificación de las remuneraciones imponibles, cuando proceda.'

2627: 'Informe fundado, en el que se precise el monto diario del subsidio, el valor diario de la cotización y la forma en que fueron calculados. Detalle de la configuración del beneficio con el desarrollo de la obtención de las rentas y/o subsidios utilizados en su determinación, y los meses y número de días trabajados, empleados en su cálculo.'

2628: 'Certificado de cotizaciones de IPS o AFP, de los últimos 6 meses anteriores a la fecha

del accidente o Certificado Histórico de cotizaciones en caso de fallecimiento por enfermedad profesional ( cuando el trabajador independiente haya cotizado para pensiones)'

2629: 'Copia de orden(es) de reposo (Mutualidades) o de licencia (s) médica (s) autorizadas (ISL)'

2630: 'Certificado de pago de subsidios percibido en dicho período o comprobante de pago'

2631: 'Copia completa de la ficha clínica'

2632: 'Comprobante de pago de subsidio de origen común (en caso que procediere)'

2633: 'Copia del FUN o certificado de afiliación (sólo trabajadores afiliados a ISAPRE)'

2634: 'Copia de FUN o certificado de afiliación (cuando el trabajador independiente cotice en ISAPRE)'

2635: 'Comprobante de pago de subsidio de origen común o laboral pagado al trabajador durante el año en que se originaron las rentas que sirvieron de base para el cálculo del beneficio (en caso que procediere)'

2636: 'Copia de finiquito con otro empleador, otorgado dentro de los 3 meses anterior al mes en que se inicia el reposo (en caso que procediere)'

2637: 'Resolución que fija monto de subsidio'

2638: 'Resolución que fija el porcentaje de invalidez'

2639: 'Resolución de COMERE que se haya pronunciado sobre porcentaje de invalidez (en caso que procediere) y/o N° y fecha del Oficio que confirma o modifica dicha Resolución.'

2640: 'Resolución de calificación (RECA)'

2641: 'Copia de DIAT O DIEP, cuando corresponda'

2642: 'DIAT'

2643: 'DIEP'

2644: 'Declaración del trabajador'

2645: 'Certificado de cotizaciones complementarias (si procede)'

2646: 'Certificado de cotizaciones para el seguro de la Ley N° 16.744, de los 12 meses anteriores a la fecha de inicio del reposo'

2647: 'Certificado de cotizaciones para el seguro de la ley 16.744, de los 12 meses anteriores a la fecha del siniestro.'

2648: 'Renta mensual declarada durante los 6 meses anteriores a la fecha de inicio del reposo'

2649: 'Resolución que establece el monto de la indemnización.'

2650: 'Resolución que establece el monto de la pensión (parcial, total o gran invalidez) y detalle de primera liquidación de la misma (pago acumulativo)'

2651: 'Resolución que establece el monto de la pensión (con hijos o sin hijos) incluyendo primera liquidación de la misma (pago acumulado).'

2652: 'Resolución que establece el monto de la pensión de Viudez (con hijos o sin hijos) con el detalle de la primera liquidación de la misma (pago acumulado).'

2653: 'Resolución que establece el monto de la pensión de invalidez otorgada al pensionado fallecido'

2654: 'Resolución que establece el monto de la pensión'

2655: 'Resolución que no acoge solicitud de pensión'

2656: 'Resolución que no acoge solicitud de pensión de viudez'

2657: 'Resolución que no acoge solicitud de pensión de orfandad'

2658: 'Resoluciones de rechazo'

2659: 'Liquidación de la Prestación, con indicación o no de descuento de una indemnización global precedente o de otra pensión concedida con anterioridad. En caso de gran invalidez, informe sobre cálculo de suplemento de pensión.'

2660: 'Liquidación de la prestación'

2661: 'Copia de la resolución de la COMERE por la cual reclama'

2662: 'Liquidación de la prestación, con indicación o no de rebaja de montos correspondientes a pago de anterior beneficio de igual naturaleza.'

2663: 'Liquidación de la prestación, con indicación o no de rebaja de sueldos base correspondientes a pago de anterior beneficio de igual naturaleza.'

2664: 'Copia de autorización de carga familiar (cuando el trabajador tenga más de 2 hijos)'

2665: 'Copia de autorización de carga familiar, cuando tenga hijos en esa condición'

2666: 'Copia de la resolución que no acoge solicitud de pensión'

2667: 'Copia de la resolución que declara que el trabajador independiente no tiene derecho a cobertura'

2668: 'Copia de la resolución que fija la tasa de cotización adicional'

2669: 'FALLECIMIENTO TRABAJADOR DEPENDIENTE: Liquidaciones de sueldo 6 meses anteriores al accidente o diagnóstico de incapacidad permanente en caso de enfermedad profesional'

2670: 'FALLECIMIENTO TRABAJADOR DEPENDIENTE: Certificado de cotizaciones de IPS o AFP, de los 6 últimos meses anteriores a la fecha del accidente del trabajador o Certificado histórico de cotizaciones en caso de fallecimiento por enfermedad profesional'

2671: 'FALLECIMIENTO TRABAJADOR INDEPENDIENTE VOLUNTARIO: Renta mensual declarada durante los 6 meses anteriores a la fecha de inicio del reposo'

2672: 'FALLECIMIENTO TRABAJADOR INDEPENDIENTE VOLUNTARIO: Certificado de cotizaciones de IPS o AFP, de los últimos 6 meses anteriores a la fecha del fallecimiento'

2673: 'FALLECIMIENTO TRABAJADOR INDEPENDIENTE VOLUNTARIO: Información de subsidios percibidos durante los seis meses anteriores a la fecha del fallecimiento'

2674: 'FALLECIMIENTO TRABAJADOR INDEPENDIENTE OBLIGADO: Información de subsidios percibidos durante el año en que se percibieron las rentas que sirvieron de base para el cálculo del beneficio (en caso que procediere)'

2675: 'FALLECIMIENTO TRABAJADOR INDEPENDIENTE OBLIGADO: Comprobante de pago de cotizaciones emitido por SII o información proporcionada anualmente por la TGR'

2676: 'FALLECIMIENTO PENSIONADO LEY N°16.744: Resolución que establece el monto de la pensión de invalidez otorgada al pensionado fallecido'

2677: 'FALLECIMIENTO PENSIONADO LEY N°16.744: Antecedentes utilizados para la determinación de la pensión de invalidez otorgada al pensionado fallecido'

2678: 'Información de subsidios percibidos durante los seis meses anteriores a la fecha del accidente o diagnóstico de la enfermedad'

2679: 'Información de subsidios percibidos durante el año en que se percibieron las rentas que sirvieron de base para el para el cálculo del beneficio (en caso que procediere)'

2680: 'Informe sobre acrecimiento de pensiones, detallando las modificaciones de monto de los distintos beneficios y su fecha de vigencia, en caso que proceda.'



2681: 'Informe Social'

2682: 'Certificado de defunción, si procede'

2683: 'Certificado de afiliación a ISAPRE del beneficiario(si corresponde)'

2684: 'Certificado de cotizaciones para pensiones y salud común, de los 12 meses anteriores a la fecha del siniestro.'

2685: 'Antecedentes de atenciones recibidas en otros centros asistenciales (policlínico de faena, servicio de urgencia de un centro asistencial sin convenio, etc.) si corresponde'

2686: 'Antecedentes utilizados para la determinación de la pensión de invalidez otorgada al pensionado fallecido'

2687: 'Antecedentes que correspondan, dependiendo si se trata de Accidente de Trayecto, Accidente a Causa o con Ocasión del Trabajo o Enfermedad Profesional'

2688: 'Antecedentes médicos que expliquen la naturaleza de la lesión y el mecanismo lesional relatado por el interesado, cuando proceda'

2689: 'Antecedentes de la vigilancia de la salud, si corresponde'

2690: 'Antecedentes de la vigilancia de factores de riesgo psicosocial en el trabajo, cuando corresponda'

2691: 'Antecedentes de evaluaciones ambientales y de programa de vigilancia de salud de los trabajadores, si procediere'

2692: 'Antecedentes que correspondan, dependiendo si se trata de accidente o enfermedad'

2693: 'Informe fundado, en el que se precise la forma en que fue calculada la indemnización. Detalle de la configuración del beneficio, con explicación y respaldo de factor de deflactación aplicado a las remuneraciones imponibles base de cálculo para su determinación, y su posterior amplificación hasta su fecha de concesión y pago.'

2694: 'Antecedentes médicos de respaldo, si los tuviere'

2695: 'HIJO MENOR DE 18 AÑOS: Autorización que otorga el cuidado y administración de los bienes del menor, si está a cargo de un tercero'

2696: 'HIJO MENOR DE 18 AÑOS: certificado de nacimiento'

2697: 'HIJO MAYOR DE 18 AÑOS Y MENOR DE 24: Certificado de alumno regular por estudios secundarios, técnicos o superiores en establecimiento reconocido por el Ministerio de Educación, si procediere'

2698: 'HIJO MAYOR DE 18 AÑOS Y MENOR DE 24: certificado de nacimiento'

2699: 'HIJO CON INVALIDEZ: Evaluación de invalidez para orfandad, emitido por la COMPIN, que especifique que la invalidez se produjo antes del fallecimiento del causante, si procediere'

2700: 'HIJO CON INVALIDEZ: Nombramiento de curador, en caso de existir discapacidad psíquica'

2701: 'HIJO CON INVALIDEZ: certificado de nacimiento'

2702: 'Historia ocupacional para el factor de riesgo involucrado, cuando procediere'

2703: 'Historia de exposición ocupacional a radiación UV de origen solar, si procede'

2704: 'Documentación Civil (Certificado de nacimiento del cónyuge beneficiario, Certificado de matrimonio emitido con posterioridad a la fecha del fallecimiento del causante, certificado de defunción del causante).'

2705: 'Documentación Civil (Certificado de nacimiento de la beneficiaria, certificado de defunción del causante, Certificado de nacimiento de cada uno de los hijos con el nombre de

ambos padres, emitido con posterioridad al fallecimiento del causante)'

2706: 'Documento que acredite su personería como representante de la entidad'

2707: 'Declaración jurada de soltería o que mantiene su estado de viudez, si procediere'

2708: 'Orden de reposo o Licencia Médica, Resolución de invalidez, según corresponda'

2709: 'Órdenes de reposo y/o Certificado de derivación con licencia'

2710: 'Formulario de registro de trabajador independiente'

2711: 'Formulario de adhesión'

2712: 'Formulario de derivación'

2713: 'Informe de estado de cotizaciones'

2714: 'Resolución que declara que el trabajador independiente no tiene derecho a las prestaciones'

2715: 'Opcionalmente puede presentar exámenes/ficha clínica y otros antecedentes que tuviere (Informes médicos, Informes de fiscalización de la Inspección del Trabajo, Sentencias de Tribunales, Informes de peritajes)'

2716: 'Informe ordenado en forma cronológica, de atenciones brindadas por prestadores en convenio, cuando corresponda'

2717: 'Estudio de puesto de trabajo para el riesgo identificado, cuando procediere'

2718: 'Estudio de la tasa de riesgo promedio'

2719: 'Informe que justifique calificación y que, cuando corresponda, se pronuncie respecto a la compatibilidad del mecanismo lesional (Salvo cuando esto se haya registrado en la ficha clínica)'

2720: 'Informe de investigación de accidente (cuando procediere)'

2721: 'Informe médico que precise si la signología exhibida por el trabajador al presentarse en su centro asistencial es compatible con la evolución de la lesión, atendido el tiempo transcurrido desde el accidente, si procede'

2722: 'Informe jurídico de los organismos administradores y delegados, que analice la presentación, incluyendo un fundamento sobre la calificación de origen del accidente, cuando proceda (causal jurídica)'

2723: 'Informe médico sobre fundamentos de la calificación de la patología, salvo calificación efectuada por médico de urgencia'

2724: 'Informe técnico con mediciones de ruido laboral, si procede'

2725: 'Informe de especialista, si procede'

2726: 'Informe médico sobre fundamentos de la calificación de la patología'

2727: 'Estudio de puesto de trabajo por sospecha de patología MEES'

2728: 'Estudio de puesto de trabajo para dermatitis de contacto, si procediere'

2729: 'Informe de peritaje, si procede'

2730: 'Copia íntegra de la (s) resolución (es) de invalidez'

2731: 'Copia de la solicitud de adhesión o comunicación especial de la entidad empleadora en que designe un domicilio distinto'

2732: 'Copia legible del registro de control de asistencia correspondiente al mes en que ocurrió el accidente (si procede)'

2733: 'Copia íntegra de parte de Carabineros o constancia, en caso que éstos existiesen'

2734: 'Copia íntegra y legible de Órdenes de Reposo y/o licencias médicas extendidas, si

procede y fueron tenidas a la vista por el organismo'

2735: 'Copia de cualquier otro medio probatorio presentado por el interesado o tenidas a la vista por el organismo administrador'

2736: 'Copia de carta de cobranza'

2737: 'Copia de la denuncia del accidente'

2738: 'Copia de la resolución que impone la multa'

2739: 'Carta remitida al empleador, con recomendaciones de mitigación y verificación de cumplimiento, cuando procediere'

2740: 'Carta de aceptación de adhesión, donde informa la tasa o su resolución'

2741: 'Carta de indicación de medidas de readecuación y seguimiento de su cumplimiento, si procede'

2742: 'Investigación de accidente, cuando procediere'

2743: 'Certificado de alta laboral (si procede)'

2744: 'Relación de días de trabajo perdidos'

2745: 'Número promedio de trabajadores'

2746: 'Si se trata de una empresa que cotiza en el ISL, acompañar las planillas de pago de cotizaciones.'

2747: 'Todos los exámenes de imágenes (en placas o CD), con sus respectivos informes, cuando procediere'

2748: 'Registro de control de asistencia del interesado (cuadro procediere)'

2749: 'Croquis o mapa (si procede)'

2750: 'Certificado de derivación precisando si lo hizo con licencia médica'

2751: 'En Neumoconiosis: Radiografía de tórax con técnica OIT, placas y/o CD. TAC de tórax en exposición a asbesto y fibrosis intersticial. Lectura OIT de radiografías, si procede'

2752: 'Ficha de Evaluación Clínica y Calificación de Origen de Patología MEES'

2753: 'Resultados de la evaluación de riesgos psicosociales SUSESO-ISTAS 21, si corresponde'

2754: 'Pauta de evaluación clínica por sospecha de patología mental laboral'

2755: 'Ficha de evaluación psicológica por sospecha de patología mental laboral'

2756: 'Condiciones generales de trabajo y empleo para estudio de patología mental laboral'

2757: 'Evaluación de puesto de trabajo por sospecha de patología mental laboral'

2758: 'Ficha de evaluación clínica por sospecha de patología dermatológica de origen laboral'

2759: 'Ficha de evaluación clínica por sospecha de patología de la voz de origen laboral'

2760: 'Evaluación de riesgo para patología de la voz'

2761: 'Comprobantes de gastos médicos incurridos, cuando proceda'

2762: 'Identificación del Servicio de Salud contra el que reclama.'

2763: 'Identificación del establecimiento educacional con dirección'

2764: 'Certificado de ingreso'

2765: 'Evaluación audiológica médico legal con informe de ORL, si procede'

2766: 'Audiometría PEECCA, si procede'

2767: 'Audiometrías previas, de programa de vigilancia médica y/o de egreso laboral , si procede'

2768: 'Otros exámenes de evaluación, si procede (Ej. Potenciales auditivos evocados)'

2769: 'Informe fundado, en el que se precise la forma en que fue calculada la indemnización. Detalle de la configuración del beneficio, con explicación y respaldo de factor de deflactación aplicado a las rentas base de cálculo para su determinación, y su posterior amplificación hasta su fecha de concesión y pago.'

2770: 'FALLECIMIENTO TRABAJADOR DEPENDIENTE: Copia de contrato de trabajo o finiquito, según corresponda, del empleador vigente al momento del accidente o diagnóstico de la enfermedad profesional (trabajadores sector privado) o Certificado de remuneraciones (trabajadores sector público)'

2771: 'Informe fundado, de acuerdo a la circunstancia reclamada por la entidad empleadora, indicando si se ha determinado la cotización adicional por siniestralidad efectiva o por no haber acreditado los requisitos del artículo 8° del D.S. 67, de 1999, del MINTRAB'

2772: 'Ord. Conductor del reclamo de la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones'

2773: 'Reclamo de la Compañía de Seguros o del afiliado'

2774: 'Casos de afiliados en el sistema PAE (vigentes y/o archivados)'

2775: 'Documentos con el historial de todas las DIAT, RECA, RELA, REIP, ALME, ALLA disponibles en la base de datos SISESAT'

2776: 'Casos archivados de afiliados en el sistema Lotus'

2777: 'Individualización del Organismo Administrador de la Ley N 16.744, al que pertenece el afiliado'

2778: 'Resolución de calificación (RECA)'

2779: 'Maestro de Licencias Médicas actualizado a la fecha del reclamo (FONASA).'

2780: 'Cartola Médica actualizada a la fecha del reclamo (FONASA).'

2781: 'Maestro Histórico de ISAPRE actualizado a la fecha del reclamo'

2793: 'Presentación escrita y fundada, indicando año del aporte reclamado, beneficio recibido en diciembre del año anterior (asignación familiar o subsidio familiar) y nombre de la entidad administradora de la asignación familiar.'

2794: 'Presentación escrita y fundada, indicando las entidades administradoras del periodo reclamado'

2795: 'Presentación escrita y fundada, indicando nombre y RUN del causante por el que se reclama, período reclamado y entidad administradora.'

2796: 'Presentación escrita y fundada, indicando el beneficio por el que reclama y otros de los que fuere titular.'

2797: 'Presentación escrita y fundada, indicando fecha de celebración del matrimonio y demás que estime necesarios.'

2798: 'Presentación escrita y fundada, indicando el bono reclamado'

2799: 'Presentación escrita y debidamente fundada, indicando período que reclama y modalidad de pago solicitado (anual o mensual).'

2800: 'Presentación escrita y fundada, indicando fecha de cese de la relación laboral y entidad administradora inmediatamente anterior al cese.'

2801: 'Presentación escrita y debidamente fundada, señalando la causal del reclamo y Municipalidad en que realizó el trámite.'

2802: 'Presentación escrita y fundada sobre el derecho al bono COVID'

2803: 'Copia del contrato de trabajo del periodo reclamado y del actual, si hubiere una nueva relación laboral'

2804: 'Certificado histórico de cotizaciones previsionales'

2805: 'Liquidaciones de remuneraciones o de pensiones según proceda, del período reclamado (si las tuviere).'

2806: 'Comprobante de atención en IPS o en la Municipalidad referido al cumplimiento del requisito de vulnerabilidad (ficha de protección social o registro social de hogares).'

2807: 'Certificado de pago de subsidios por incapacidad laboral (SIL), si el certificado de cotizaciones de la AFP indicare que hubo pago de cotizaciones previsionales por SIL, en el primer semestre anterior al período reclamado'

2808: 'Certificado de pago de subsidios por incapacidad laboral (SIL)'

2809: 'Antecedentes médicos en relación a la condición de invalidez'

2810: 'Informe del IPS indicando la fecha del reclamo o la fecha en que se puso a disposición el pago.'

2811: 'Informe sobre los fundamentos de la determinación del tramo'

2812: 'Informe de las razones que motivaron el rechazo del pago'

2813: 'Informe de las razones que motivaron el no reconocimiento o la no extinción de un causante'

2814: 'Informe sobre el origen de la incompatibilidad, adjuntando cualquier antecedente que de cuenta de la misma'

2815: 'Informe sobre los fundamentos que se han tenido a la vista para rechazar el beneficio'

2816: 'Informe al tenor de la presentación, indicando además si hubo atención (gestión útil) a los interesados por cualquier vía (presencial, telefónica, etc.). Se solicita al IPS'

2817: 'Informe en tenor del reclamo, y además antecedentes relacionados con el cálculo, si éste fuere el motivo del reclamo. (este informe se solicita a SENCE)'

2818: 'Informe de la última entidad administradora, antes del cese de la relación respecto de lo reclamado por el recurrente'

2819: 'Informe IPS sobre los fundamentos que tuvo a la vista para el no pago del beneficio.'

2820: 'Informe sobre los fundamentos que tuvo a la vista para el otorgamiento, la duración, el rechazo del beneficio o su extinción, según proceda (se solicita a la Municipalidad).'

2821: 'Informe de COMPIN reclamada sobre los fundamentos que tuvo a la vista para rechazar la discapacidad de la persona reclamada, acompañando los antecedentes de respaldo.'

2822: 'Informe de la Municipalidad, cuando la causal de rechazo no sea médica'

2823: 'Informe del IPS, si se reclama por el pago del beneficio.'

2824: 'Antecedentes que sustenten la reclamación de afiliación o de la solicitud de desafiliación y/o copia del comprobante de afiliación o desafiliación.'

2825: 'Informe del Instituto de Previsión Social (IPS) o de la Entidad Administradora – si es distinta del IPS - al tenor de la reclamación deducida'

2826: 'Copia de la declaración jurada de ingresos del semestre enero a junio anterior al periodo reclamado'

2827: 'Copia de la declaración jurada de ingresos respectiva'

2828: 'Copia de solicitud de asignación familiar'

2829: 'Copia de solicitud de beneficio o extinción de él, si la tuviere. De lo contrario, indicar

entidad administradora, RUN de los causantes por los que se reclama, contrato de trabajo del periodo reclamado'

2830: 'Fotocopia del Finiquito si hubiere terminado relación laboral, si los tuviere.'

2831: 'Copia de carta de la entidad administradora en la cual se informa del requerimiento de reembolso'

2832: 'Fotocopia integra y legible de la resolución de la COMPIN que se pronunció sobre la invalidez.'

2833: 'Copia de la solicitud del beneficio'

2834: 'Copia del finiquito de trabajo.'

2835: 'Copia de la Resolución de la COMPIN que declara el porcentaje de discapacidad.'

2836: 'Copia de la respuesta entregada por el Servicio de Bienestar'

2837: 'Comprobante de reclamo presentado en el IPS.'

2838: 'Presentación en la que detalle la razón por la cual no reclamó o cobró el aporte dentro de plazo.'

2839: 'Certificado histórico de pago de su entidad pagadora de pensiones, el caso de que el que el recurrente las perciba'

2840: 'Presentación fundada y escrita, indicando si es trabajador dependiente, independiente o pensionado. En el caso de ser trabajador dependiente del sector privado, indicar nombre de empleador por el cual solicita el reconocimiento del causante y de la entidad administradora (IPS o CCAF) a las que se encuentra afiliado para efectos de asignación familiar. Si es trabajador dependiente del sector público, indicar el nombre de la institución. Si es pensionado, indicar el nombre de la entidad que le otorgó la pensión (IPS; AFP; Compañía de Seguros, Mutualidades de Empleadores de la Ley N° 16.744). Además, se debe indicar la entidad administradora del período reclamado, nombre y RUN del causante y la fecha de inicio y/o extinción del reconocimiento reclamado.'

2841: 'Copia de solicitud de beneficio o extinción de él, si la tuviere. De lo contrario, indicar entidad administradora, RUN de los causantes por los que se reclama, contrato de trabajo del periodo reclamado y del finiquito si hubiere terminado relación laboral, si los tuviere.'

2842: 'Certificado de pago de pensiones (cuando corresponda). En el caso de que el recurrente sea además exonerado político o pensionado de leyes especiales, informe de pago de pensiones del IPS.'

2843: 'Presentación escrita y fundada, indicando la entidad administradora que le otorgó la asignación familiar en su valor simple, indicando nombre y RUN del causante'

2844: 'Para otras causales de rechazo, cualquier antecedente relacionado que obre en poder del interesado.'

2845: 'Resolución judicial de cuidado personal si existiere.'

2846: 'Certificado de estudios del periodo reclamado'

2847: 'Informe Jurídico o de Fiscalía del Servicio de Bienestar al tenor de la reclamación'

2848: 'Base de cálculo del subsidio SANNA de la Caja de Compensación o ISL'

2849: 'Antecedentes que sustenten la reclamación o solicitud contra el Servicio de Bienestar'

2850: 'Copia de finiquito (cuando proceda), por haber terminado la relación laboral'

2851: 'Antecedentes médicos, en el evento que la COMPIN haya rechazado la discapacidad de la persona afectada.'

2852: 'Acta de inicio de investigación (UCLM)'  
2853: 'Acta de cierre de investigación (UCLM)'  
2854: 'Antecedentes adicionales requeridos (UCLM)'  
2873: 'Oficio mero trámite del caso anterior'  
2929: 'Presentación escrita y fundada, indicando la(s) Caja(s) de Compensación reclamada(s)'  
2930: 'Copia de la carta entregada por la C.C.A.F. como respuesta a su reclamación'  
2931: 'Informe de la(s) Caja(s) de Compensación al tenor de la reclamación. NOTA: si la reclamación es a más de una Caja, se deben solicitar ambos informes'  
2932: 'Copia del (los) Pagaré(s) que respalda(n) el (o los) crédito(s) social(es).'  
2933: 'Copias íntegras y legibles de las solicitudes de créditos sociales pactados.'  
2934: 'Fotocopia de la liquidación(es) de remuneración o de pensión utilizada(s) de respaldo para el otorgamiento del crédito.'  
2935: 'Documento que respalde pago de las cuotas en mora, por ejemplo; liquidación de pensión, liquidación de remuneración, o comprobante de pago o con certificado de cotizaciones de Previred donde acredita que el empleador pagó las cuotas, según corresponda.'  
2936: 'Certificado del Boletín Comercial o informe DICOM'  
2937: 'Documento que respalde pago de las cuotas en mora, por ejemplo; liquidación de pensión, liquidación de remuneración, o comprobante de pago o con certificado de cotizaciones de Previred donde acredita que el empleador pagó las cuotas, según corresponda. En el caso de pre-pago el finiquito o certificado de pre-pago.'  
2938: 'En caso de Pre-pago: Certificado de prepago Ley N° 20.130 de la Caja que realizó la compra de cartera o documento que indique que no hubo compra de cartera, cuando corresponda.'  
2939: 'En caso de Pre-Pago: Comprobante de ingreso a la Caja del prepago efectuado.'  
2940: 'Fotocopia de las liquidaciones de remuneración o pensión del afiliado (a) que acredite el o los descuentos erróneos'  
2941: 'Fotocopia de las liquidaciones de remuneración o de pensión que reflejen el mayor porcentaje de descuento.'  
2942: 'Autorización del recurrente para aumentar el porcentaje de descuento o documento que indique que no se ha solicitado la realización de descuentos adicionales.'  
2943: 'Fotocopia de las liquidaciones de remuneración o pensión del afiliado (a)'  
2944: 'Certificado de cotizaciones previsionales (AFP o INP).'  
2946: 'Fotocopia de la(s) liquidación(es) de sueldo o de pensión en la cual se vea la disminución de los haberes.'  
2947: 'Fotocopia de la liquidación(es) de remuneración utilizada(s) de respaldo para el otorgamiento del crédito.'  
2948: 'Justificación de la negativa del otorgamiento del crédito con la documentación fundante'  
2949: 'Contrato de Mutuo y Copia del (los) Pagaré(s) que respalda(n) el (o los) crédito(s) social(es).'  
2950: 'Informe de la Caja de Compensación al tenor de la reclamación. En el caso que hubiere declaración de los Tribunales de Justicia, señalar el Tribunal, el Rol y el año de la causa.'  
2951: 'Informe de la Caja de Compensación al tenor de la reclamación'  
2952: 'Copia de la póliza del seguro contratado'

2953: 'Respuesta documentada de la CCAF respecto de la gestión de cobranza realizada'

2954: 'Respuesta fundada, de la CCAF, respecto del beneficio reclamado.'

2955: 'Resolución de liquidación de persona deudora o el Acuerdo de Acreedores, según el caso.'

2956: 'Documento que acredite el último depósito de la cuota del leasing'

2957: 'Respuesta de la entidad y otros antecedentes que sustenten el reclamo'

2958: 'Antecedentes que fundamenten el reclamo (en especial la copia del reclamo estampado en la Caja de Compensación), relato lo más detallado posible.'

2959: 'Presentación escrita fundamentando el derecho al permiso post natal parental'

2960: 'Copia de la Licencia Médica Post Natal (si es en papel) por ambos lados, donde conste el diagnóstico, o copia de la Licencia Médica Electrónica'

2961: 'Carta de aviso al empleador(a) donde se acredite la solicitud de permiso post natal parental en jornada parcial '

2962: 'Resolución de autorización del permiso por la entidad (COMPIN o ISAPRE)'

2963: 'Informe fundado de la entidad que indique como se realizó el calculo del beneficio (COMPIN o ISAPRE)'

2964: 'Base de cálculo del subsidio permiso post natal parental y la documentación que sirvió de respaldo (Cotizaciones y/o Liquidaciones)'

2973: 'Comprobante de reclamo presentado en el IPS'

2974: 'Respuesta del Instituto de Previsión Social (IPS) a la reclamación realizada por el usuario a esa entidad por el no otorgamiento del beneficio'

2975: 'Presentación escrita y fundada, indicando los meses que no recibió el beneficio'

2993: 'Carta de aviso al empleador(a) donde se acredite la solicitud de permiso postnatal parental de invierno cedido por la madre'

2994: 'Carta de aviso al empleador(a) donde se acredite la solicitud de permiso postnatal parental cedido por la madre'

2995: 'Carta de aviso al empleador(a) donde se acredite la solicitud de extensión del permiso postnatal parental madre reincorporada'

2996: 'Presentación escrita de agilización de pago de la extensión del permiso postnatal parental para el invierno'

3013: 'Audiencia'

3033: 'Respuesta o Informe fundado de la entidad que indique los motivos por los que no ha procedido al pago'

3034: 'Presentación escrita y fundada sobre el traspaso de la extensión PPP de invierno de la madre al padre'

3035: 'Presentación escrita fundamentando el motivo por el cual se debe revisar el cálculo o monto del beneficio de la extensión del permiso postnatal parental de invierno'

3036: 'Carta de Aviso enviada al Empleador(a) de la Madre, donde el padre informa que hará uso de la extensión del permiso postnatal parental.'

3037: 'Carta de Aviso enviada al Empleador(a) del Padre, donde el padre informa que hará uso de la extensión del permiso postnatal parental.'



Aprueba Política de Seguridad de la Información, Ciberseguridad y Protección de la Privacidad de la Superintendencia de Seguridad Social, y deja sin efecto la Resolución Exenta que indica

=====

## RESOLUCIÓN EXENTA DTO N° 268

SANTIAGO, 20/4/2023

### VISTO:

Las atribuciones conferidas en virtud de la Ley N° 16.395, Texto Refundido de la Ley de Organización y Atribuciones de la Superintendencia de Seguridad Social, sus modificaciones y lo señalado en su Reglamento Orgánico, contenido en el D.S. N° 1, de 1972, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social; el Decreto Supremo N° 78 en trámite, del 24 de octubre de 2022, que nombra a Pamela Alejandra Gana Cornejo en el cargo de Superintendente de Seguridad Social, adscrito al Sistema de Alta Dirección Pública, Primer Nivel Jerárquico; los artículos 3°, 5° y 31° del D.F.L. N° 1/19.653, de 2001, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; lo previsto en la Ley N° 19.880, que establece las bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la administración del Estado; en la Ley N° 19.799, sobre Documentos Electrónicos, Firma Electrónica y Servicios de Certificación de dicha Firma; en la Ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada; en la Ley N° 19.223, sobre Delitos Informáticos; en la Ley N° 20.285, sobre Acceso a la Información Pública; en el Decreto Supremo N° 83, de 2005, de la Secretaría General de la Presidencia, que aprueba Norma Técnica para los Órganos de la Administración del Estado sobre Seguridad y Confidencialidad de los Documentos Electrónicos; en el Oficio Gab. Pres. N° 008, de 23 de octubre de 2018, del Presidente de la República, mediante el cual imparte instrucciones en materia de ciberseguridad; lo dispuesto en la Norma Chilena NCh-ISO IEC 27001:2020 Tecnología de la Información - Técnicas de Seguridad - Sistemas de Gestión de la Seguridad de la Información - Requisitos; en la Norma Chilena NCh-ISO IEC 27002:2022 Seguridad de información, ciberseguridad y protección de la privacidad - Controles de seguridad de la información; en la Norma Chilena NCh-ISO IEC 27701:2020 Técnicas de seguridad - Extensión de ISO/IEC 27001 e ISO/IEC 27002 para la gestión de la información de privacidad - Requisitos y directrices; en el Decreto 273, de 2022, del Ministerio del Interior, que establece obligación de reportar incidentes de ciberseguridad; y en la Resolución N° 6, de marzo de 2019, y N° 14, de 29 de diciembre de 2022, ambas de la Contraloría General de la República, que fija normas sobre exención del trámite de toma de razón, y

### CONSIDERANDO:

Que la Superintendencia de Seguridad Social debe garantizar el ejercicio de los derechos de las personas a las prestaciones y beneficios de los regímenes de seguridad social, a través de la regulación, supervigilancia, fiscalización, resolución de contiendas y difusión, promoviendo la participación ciudadana y el diálogo social, con cercanía, calidad, eficiencia, oportunidad y transparencia.

Que dentro de los objetivos estratégicos vigentes de este Organismo se encuentra avanzar en la modernización de la gestión institucional, mediante la implementación de herramientas tecnológicas de vanguardia y optimización de procesos para el funcionamiento eficiente y eficaz de la organización, en beneficio de las personas, con un enfoque de transformación digital inclusivo y seguro.

Que este Servicio debe cumplir con las normas que regulan los Procedimientos de Seguridad de la Información, de conformidad con los requisitos establecidos en el Decreto Supremo N° 83, de 2005, que aprueba la Norma Técnica para los Órganos de la Administración del Estado sobre Seguridad y Confidencialidad de los Documentos Electrónicos, así como en las Normas Chilenas NCh-ISO IEC 27001:2020 y NCh-ISO IEC 27002:2022.

Que, dados los requerimientos de Seguridad de la Información, de Ciberseguridad, y de Protección de la Privacidad, se hace necesario derogar la Resolución Exenta N° 360, de 21 de diciembre de 2016.

Los acuerdos tomados en Reunión del Comité de Seguridad de la Información de fecha 27 de diciembre de 2022, en el sentido de atender la necesidad de revisar y actualizar la Política de Seguridad de la Información en la Institución.

RESUELVO:

1. Apruébese la Política de Seguridad de la Información, Ciberseguridad y Protección de la Privacidad de la Superintendencia de Seguridad Social, cuyo texto es el siguiente:

## POLÍTICA DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN, CIBERSEGURIDAD Y PROTECCIÓN DE LA PRIVACIDAD

### I. DECLARACIÓN INSTITUCIONAL

La Superintendencia de Seguridad Social está comprometida en proteger la confidencialidad, integridad y disponibilidad de los activos de información con que cuenta para el desarrollo de sus funciones, a través de la implementación, mantención y mejora continua de un Sistema integral de Seguridad de la Información.

Para ello, dispone de mecanismos administrativos, físicos y técnicos apropiados al grado de sensibilidad de la información que maneja, orientados a asegurar la continuidad operacional de la Institución y proveer un servicio de calidad a sus usuarios, evitando interrupciones y accesos no autorizados a la información personal en su poder, dentro del ámbito de sus competencias.

### II. OBJETIVO

El propósito de esta política es proveer un marco de trabajo en materia de seguridad de la información, ciberseguridad y protección de la privacidad, orientado a proteger los activos de información de la Superintendencia de Seguridad Social de acceso no autorizado, pérdida o daño, al tiempo que permita la entrega de servicios de calidad a sus clientes, usuarios y beneficiarios.

### III. PRINCIPIOS ORIENTADORES

La Política de Seguridad de la Información, Ciberseguridad y Protección de la Privacidad de la Superintendencia de Seguridad Social se basa en los siguientes principios orientadores:

- a) Confidencialidad: se deberá asegurar la estricta privacidad de la información, aplicando los controles necesarios para resguardar los activos de información de cualquier acceso libre o no autorizado, revelaciones accidentales, espionaje y otras acciones de similares características.
- b) Integridad: se deberá asegurar la exactitud, completitud y consistencia de la información, aplicando los controles necesarios para resguardar los activos de información de cualquier degradación por efectos de agentes internos o externos, efectos ambientales o manipulación no deseada.
- c) Disponibilidad: se deberá asegurar que la información sea accesible y esté preparada para su uso, aplicando los controles necesarios para resguardar los activos de información de cualquier interrupción, de manera que no se afecte la continuidad operacional.
- d) Autorización: se deberán establecer los privilegios para acceder o gestionar información, aplicando los controles necesarios para resguardar los activos de información de cualquier consulta, revisión, copia, modificación, eliminación, análisis, o manejo de información sin la debida autorización por una legítima necesidad asociada al cumplimiento de funciones institucionales.

#### IV. LINEAMIENTOS PRINCIPALES

La Superintendencia de Seguridad Social considera que los activos de información comprenden tanto los equipos, sistemas e infraestructura tecnológica (sean de propiedad de la Superintendencia o externalizados) que soportan la información, las personas de la institución o externas a ella que la utilizan y que tienen el conocimiento de los procesos institucionales, así como la información propiamente tal (sea en formato físico o electrónico).

En cuanto a seguridad de la información, el objetivo es proteger aquellos activos de información considerados relevantes para la Superintendencia de Seguridad Social, de manera que se resguarde su confidencialidad, integridad y disponibilidad, asegurando que puedan acceder a la información sólo aquellos usuarios autorizados para hacerlo, a objeto de mantener y asegurar la continuidad operacional de la Institución.

En cuanto a ciberseguridad, el objetivo es implementar controles enfocados en proteger los activos de información, detectar posibles incidentes, responder frente a ataques, y recuperar los activos de información en caso de interrupciones asociadas a eventos de esta naturaleza, con la finalidad de mantener y asegurar la continuidad operacional de la Institución.

En cuanto a protección de la privacidad, el objetivo es realizar todo tratamiento de datos personales observando los principios orientadores que rigen su manipulación por parte de los organismos de la Administración del Estado, respecto a licitud, calidad, información, seguridad, confidencialidad y especial protección de datos personales sensibles.

#### V. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La Política de Seguridad de la Información, Ciberseguridad y Protección de la Privacidad comprende todos los ámbitos de operación de la Superintendencia de Seguridad Social, incluyendo sus recursos y procesos, sean estos internos, externos o gestionados a través de contratos o acuerdos con terceros.

Todos los funcionarios de la Institución (planta, contrata y honorarios), así como terceros que se vinculen con ella en el desarrollo de sus funciones deben atenerse al cumplimiento de esta Política de Seguridad de la Información, Ciberseguridad y Protección de la Privacidad. De igual forma, esta Política aplica también a todos los individuos y entidades a quienes se haya otorgado acceso a información seleccionada, incluyendo, pero sin limitarse a, proveedores, investigadores, trabajadores temporales, así como cualquier empresa o entidad pública o privada con que se relacione.

#### VI. ROLES Y RESPONSABILIDADES

La Superintendencia de Seguridad Social establece los siguientes roles y responsabilidades:

- Dirección: las máximas autoridades de este Servicio son responsables de aprobar la Política de Seguridad de la Información, Ciberseguridad y Protección de la Privacidad y de autorizar sus modificaciones.
- Comité de Seguridad de la Información, Ciberseguridad y Protección de la Privacidad: es responsable de revisar la presente Política con una periodicidad máxima de tres años, procurando mantenerla actualizada y relevante al quehacer institucional, incorporando las modificaciones necesarias en función de los cambios que pudiesen afectar su definición.
- Encargado de Seguridad de la Información: es responsable de velar por la seguridad de los activos de información, incluyendo la supervisión de todos los aspectos tratados en la presente Política.
- Encargado de Ciberseguridad: es responsable de vigilar y analizar el funcionamiento de la infraestructura tecnológica de la Superintendencia, con la finalidad de prever, explorar y descubrir vulnerabilidades en sus redes y plataformas tecnológicas.
- Encargado de Protección de Datos Personales: es responsable de informar y asesorar al ejecutor del tratamiento de datos personales respectivo, para dar cumplimiento a las obligaciones que le incumben en virtud de lo establecido en la normativa vigente.

Las funciones del Comité de Seguridad de la Información, Ciberseguridad y Protección de la Privacidad y de los Encargados de Seguridad de la Información, de Ciberseguridad, y de Protección de Datos Personales, se encuentran descritas en detalle en sus respectivas resoluciones de creación o designación. Adicionalmente, se establecen las siguientes responsabilidades:

- a) Las Jefaturas y/o dueños de activos o procesos, deben procurar que el personal de su dependencia conozca y cumpla la presente Política, así como todas las normas, procedimientos y prácticas asociadas a seguridad de la información, ciberseguridad y protección de la privacidad. Asimismo, son responsables de clasificar los activos de información respectivos según su grado de sensibilidad y criticidad, debiendo documentar y mantener actualizada la clasificación efectuada, y definir a los usuarios que tendrán acceso a la información de acuerdo a su función y competencia. Por otra parte, están encargados de la inclusión y el monitoreo de las medidas de seguridad en los sistemas a su cargo en todas sus fases.
- b) Los usuarios de la información y de los sistemas utilizados en su procesamiento son responsables de conocer, aplicar y hacer cumplir la Política de Seguridad de la Información, Ciberseguridad y Protección de la Privacidad vigente, así como de notificar oportunamente acerca de la ocurrencia de cualquier incidente vinculado a estas materias.
- c) Los administradores/ coordinadores de contrato, deben velar porque los terceros externos (proveedores) contratados que presten servicios y que tengan acceso a los activos de información de la Institución, den cumplimiento a la presente Política y a otras políticas, normas, procedimientos o prácticas asociadas a seguridad de la información, ciberseguridad y protección de la privacidad. Además, son responsables de asegurar que se incluyan cláusulas de confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información a la que tengan acceso a propósito de la ejecución de los respectivos contratos de provisión de servicios externos.
- d) La Unidad de Desarrollo de las Personas informará a todo el personal que ingresa a la institución sobre su obligación de cumplir la Política de Seguridad de la Información, Ciberseguridad y Protección de la Privacidad, así como todas las normas, procedimientos y prácticas que de ella surjan. Asimismo, deberá notificar de la presente Política y de los cambios que en ella se produzcan, a todas las personas previamente indicadas, dada su interacción con cualquier tipo de activo de información en el desarrollo de sus funciones.
- e) La Unidad de Infraestructura y Soporte cumplirá la función de implementar los requerimientos de seguridad informática establecidos para la operación, administración y comunicación de los sistemas y recursos tecnológicos transversales de la Institución.

## VII. DIRECTRICES GENERALES

La Política de Seguridad de la Información, Ciberseguridad y Protección de la Privacidad establece las siguientes directrices generales:

- a) Velar porque los funcionarios de planta y contrata y el personal a honorarios de la Institución, cuenten con las competencias en materias concernientes a la presente Política y a otras asociadas a seguridad de la información, ciberseguridad y protección de la privacidad.
- b) Registrar todas las operaciones realizadas mediante sistemas de información, controlando el acceso físico/ lógico a los activos de información.
- c) Comprobar y validar periódicamente el funcionamiento seguro de las aplicaciones de los sistemas de información.
- d) Promover condiciones de ambiente seguro en los lugares de procesamiento y almacenamiento de los activos de información.
- e) Garantizar que todos los medios de procesamiento y/o almacenamiento de información cuenten con medidas de protección física que eviten el acceso y/o utilización indebida por personas no autorizadas.
- f) Fomentar que el procesamiento y almacenamiento de la información se realice mediante una óptima utilización de los recursos humanos y materiales disponibles en la Institución.
- g) Garantizar que la información y la capacidad de procesamiento manual o automático, sean resguardados y recuperados de manera tal que se mantenga la continuidad de las operaciones.
- h) Asegurar que toda la información y los medios que la contienen, procesen, almacenen, emitan y/o transporten, cumplan con las regulaciones legales vigentes.
- i) Asegurar que todos los derechos de propiedad sobre los activos de información que sean utilizados, estén legalmente establecidos en favor de la Institución.
- j) Canalizar los incidentes de seguridad de los activos de información al responsable competente para su conocimiento, evaluación y resolución.
- k) Aplicar la medida disciplinaria o sanción correspondiente cuando se establezca fehacientemente la violación o incumplimiento de cualquiera de las políticas de seguridad de la información, ciberseguridad y protección de la privacidad.

## VIII. INCUMPLIMIENTO DE LAS POLÍTICAS DE SEGURIDAD

El incumplimiento de la presente Política o de otras normas, procedimientos y prácticas que de ella surjan en el marco de seguridad de la información, ciberseguridad y protección de la privacidad, ya sea por parte del personal del Servicio o de externos, podrá traer como consecuencia la aplicación de las sanciones administrativas, civiles o penales establecidas en la legislación vigente y en los procedimientos internos de la Institución.

Es deber de todo el personal de la Superintendencia de Seguridad Social y de terceros externos, informar a la brevedad a su jefatura directa si se tiene conocimiento del incumplimiento de la normativa vigente en estas materias. Estos antecedentes deberán reportarse al Encargado de Seguridad de la Información a través de los medios formales disponibles.

2. Evalúese anualmente el cumplimiento de la Política por el Comité de Seguridad de la Información, Ciberseguridad y Protección de la Privacidad.
3. Analícese y evalúese el contenido de la Política por el Comité de Seguridad de la Información, Ciberseguridad y Protección de la Privacidad con una periodicidad máxima de tres años, contados desde la fecha de su aprobación, o cuando se produzca un cambio o incidente significativo que la impacte.
4. Difúndase el presente documento a los funcionarios de planta y contrata de la Superintendencia de Seguridad Social, al personal contratado a honorarios y a los terceros que interactúen de manera habitual u ocasional con la Institución, a través de los siguientes medios: envío por correo electrónico de la Resolución Exenta que Aprueba la Política de Seguridad de la Información, Ciberseguridad y Protección de la Privacidad a todos los funcionarios, comunicaciones a los terceros externos (Proveedores) que prestan servicios en la Institución, y otros que se tengan disponibles.
5. Déjese sin efecto la Resolución Exenta N° 360 de 2016, que Aprueba Política General de Seguridad de la Información de la Superintendencia de Seguridad Social.

ANÓTESE, REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.

**Pamela  
Alejandra  
Gana Cornejo**

Firmado digitalmente por  
Pamela Alejandra Gana  
Cornejo  
Fecha: 2023.04.21  
08:58:42 -04'00'

**PAMELA GANA CORNEJO  
SUPERINTENDENTA DE SEGURIDAD SOCIAL**

ALDO  
LEAL  
STIEHL  
ER

ALS/LBA/GMP

Distribución Digital

- Todo SUSESO
- Unidad de Gestión Documental e Inventario