

12-2014-08-11

NORMA DE CARÁCTER GENERAL N°

REF.: MODIFICA LOS LIBROS II. COTIZACIONES AL SEGURO DE CESANTÍA, LIBRO III. BENEFICIOS DEL SEGURO DE CESANTÍA Y LIBRO IV. FONDOS DE CESANTÍA Y REGULACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES, TODOS DEL COMPENDIO DE NORMAS DEL SEGURO DE CESANTÍA.

Santiago,

En uso de las facultades legales que confiere la ley a esta Superintendencia, en particular lo dispuesto en el número 3 del artículo 94 del D.L. N° 3.500, de 1980, en el artículo 47 número 6 de la Ley N° 20.255 y en el artículo 35 de la Ley N° 19.728, se introducen las modificaciones contenidas en la presente Norma de Carácter General en los Libros II, III y IV del Compendio de Normas del Seguro de Cesantía.

I. Reemplázanse en el Libro II. Cotizaciones al Seguro de Cesantía, Título III. Cobranza de Cotizaciones Previsionales, Capítulo IV. Responsabilidad por las Acciones de Cobranza, los números 1 y 2, por los siguientes:

- "1. Según lo dispuesto en número 7) del artículo 129 de la Ley N° 20.720, todos los acreedores residentes en el territorio de la República tienen el plazo de 30 días contado desde la fecha de publicación de la Resolución de Liquidación, para que presenten documentos justificativos de sus créditos, bajo apercibimiento de ser afectados por los resultados del juicio sin nueva citación.
2. En consideración a lo anterior, los representantes legales de la Sociedad Administradora tendrán la obligación de verificar en el Boletín Concursal la publicación de las Resoluciones de Liquidación (artículo 129 de la Ley N° 20.720), a fin de presentar oportunamente las resoluciones de cobro de las respectivas cotizaciones, para que sean consideradas como créditos privilegiados en el Procedimiento Concursal de Liquidación."

II. Modifícase el Libro III. Beneficios del Seguro de Cesantía, Título I. Aspectos Generales, de la siguiente manera:

1. Modifícase la Letra A. Introducción, de la siguiente manera:
 - a) Reemplázase en el párrafo cuarto, la expresión "o en el artículo 161

(necesidades de la empresa, establecimiento o servicio)", por la expresión ", en el artículo 161 (necesidades de la empresa, establecimiento o servicio) o en el artículo 163 bis (empleador sometido a un procedimiento concursal de liquidación)".

- b) Intercálase en el párrafo quinto, entre las expresiones "artículo 161" y "del Código del Trabajo", la expresión "o en el artículo 163 bis".
2. Modifícase la Letra C. Requisitos para Acceder a las Prestaciones, de la siguiente manera:
- a) Reemplázase en el Capítulo I. Requisitos para las Prestaciones con Cargo a la CIC, número 2, la expresión "160 y 161" por la expresión "160, 161 y 163 bis".
 - b) Modifícase el Capítulo II. Requisitos para las Prestaciones con Cargo al FCS, de la siguiente manera:
 - i. Reemplázase en el primer párrafo, la expresión "o en el artículo 161 (necesidades de la empresa, establecimiento o servicio)", por la expresión ", en el artículo 161 (necesidades de la empresa, establecimiento o servicio) o en el artículo 163 bis (empleador sometido a procedimiento concursal de liquidación), todos".
 - ii. Elimínase el segundo párrafo.
3. Agrégase en la Letra D. Solicitud de las Prestaciones, Capítulo I. Recepción de la Solicitud, número 2, la siguiente letra f) nueva:
- "f) Comunicación del término de la relación laboral dada al trabajador por el liquidador y certificado emitido por la Superintendencia de Insolvencia y Reemprendimiento, de acuerdo a lo dispuesto en el número 1 del artículo 163 bis del Código del Trabajo."
4. Reemplázase el Anexo N° 3 Solicitud de Prestación por Seguro de Cesantía, por el que se adjunta a la presente Norma de Carácter General.

III. Modifícase el Libro IV. Fondos de Cesantía y Regulación de Conflictos de Intereses, Título VII. Contabilidad de los Fondos de Cesantía y de la Sociedad Administradora de Fondos de Cesantía, Letra B. Informes Financieros de los Fondos de Cesantía: Presentación, Capítulo II. Informe Financiero de los Fondos de Cesantía, número 2. Contenido, letra c. SECCIÓN III NOTAS EXPLICATIVAS A LOS ESTADOS FINANCIEROS, sección c.19 COTIZACIONES IMPAGAS, de la siguiente manera:

1. Reemplázase en la letra b) Cotizaciones impagas reconocidas automáticas, la expresión "cuya declaración fue efectuada", por la expresión "que su reconocimiento se produjo".
2. Agrégase en la letra d) Gestión Histórica de Cobranza, el siguiente numeral:

"d.6 Empleadores Sometidos a un Procedimiento Concursal de Liquidación:"

Origen Deuda	Cantidad	Monto en \$ Actualizados
Declaración y no pago		
Declaración y no pago automática		
Cheques Protestados de Recaudación		
Actas de Fiscalización Inspección del Trabajo		
Reclamos Trabajador		
Demanda Laboral		
Diferencia por cobrar empleadores		
Diferencias negativas entre Resumen y Detalle		
Total		

IV. Vigencia

Las modificaciones introducidas por la presente Norma de Carácter General entrarán en vigencia a contar del 10 de octubre de 2014.


MARIA AGNIC MARTINEZ
 Superintendente de Pensiones

Anexo N° 3

SOLICITUD DE PRESTACIÓN POR SEGURO DE CESANTÍA : ANTECEDENTES GENERALES

Tipo Solicitante :

1 = Titular

2 = Mandatario

FOLIO

			FECHA DE RECEPCIÓN		
REGIÓN	AFP	SUCURSAL	DÍA	MES	AÑO

Documentación Recepcionada:

☐ Original Poder Notarial	
☐ Fotocopia Poder Autorizada ante Notario	☐ Finiquito
☐ Carta de Despido	☐ Liquidación de Sueldo
☐ Otros ☐ Detallar _____	

SECCION 1: DATOS DEL AFILIADO: (Dejar un espacio en blanco entre los apellidos y nombres)

RUT	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
FECHA NACIMIENTO		SEXO	PROFESIÓN U OFICIO
DÍA	MES	AÑO	1- Masc. ☐ 2- Fem. ☐
		Soltero (a) ☐ Viudo (a) ☐ Casado (a) ☐ Divorciado (a) ☐	
NIVEL DE EDUCACIÓN	1= Sin Estudios 2= Educ. Básica 3= Educ. Media Científica - Humanista 4= Media Técnica - Profesional 5= Centro de Formación Técnica o Instituto Profesional 6= Universidad Pregrado 7= Universidad Postgrado		N° de Años Aprobados
			☐
DOMICILIO ACTUAL			
Calle	N°	Depto. N°/Block/Sector/Población/villa	Región Ciudad Comuna Casilla Correo
Código Postal	Teléfono	E-mail	

SECCION 2: DATOS DEL EMPLEO: (Llenar por la Agencia de acuerdo al finiquito)

CÓDIGO							
1- CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	☐ ☐ ☐ ☐						
2- NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR	RUT EMPLEADOR						
FECHA TERMINACIÓN DE RELACIÓN LABORAL							
DÍA	MES AÑO						
2.1 DOMICILIO							
CALLE	N°	DEPTO.	POBL. / VILLA	COMUNA	REGIÓN	TELÉFONO	E-MAIL

3.- CAUSAL DE TÉRMINO DE CONTRATO

Art. 159 N° 1: Mutuo acuerdo	☐	Art. 159 N° 6: Caso fortuito o fuerza mayor	☐
Art. 159 N° 2: Renuncia	☐	Art. 160: Causal imputable al trabajador	☐
Art. 159 N° 4: Vencimiento del Plazo	☐	Art. 161: Necesidades de la empresa	☐
Art. 159 N° 5: Término del trabajo o servicio	☐	Art. 163 bis: Empleador sometido a procedimiento concursal de liquidación	☐
		Art. 171, inciso 1	☐

SECCIÓN 3: OPCIÓN FONDO DE CESANTÍA SOLIDARIO

Solo para trabajadores con causal de despido:

Art. 159 (N°4, N°5 y N°6), Art. 161 y Art. 163 bis, todos del Código del Trabajo

OPTA AL FONDO SOLIDARIO

SI ☐ NO ☐

SECCIÓN 4: OTRAS INFORMACIONES

SELECCIÓN MODALIDAD DE PAGO		4.- Depósitos en:	
1.- Efectivo	☐	a) Cta. Cta.	☐
2.- Cheque Nominativo Domicilio	☐	b) Cta. Ahorro	☐
3.- Giros Postales o Radiales	☐	c) Cta. Vista	☐
En caso del N° 4a o 4b indicar: Nombre Banco y Suc.:		N° Cta. Cte., Vista o Ahorro	
FECHA DEL PRIMER PAGO PRESTACIÓN :		LUGAR DE PAGO :	

SECCIÓN 4.1: ACTUALIZACIONES

ACTUALIZA BENEFICIARIOS	SI ☐	NO ☐
En caso de actualizar beneficiarios adjuntar formulario definido para este efecto.		

SECCIÓN 5: MANDATARIO

RUT	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES

OBSERVACIÓN

La Agencia deberá recepcionar original del poder notarial o fotocopia autorizada ante Notario.

Declaro bajo juramento, estar cesante y que los datos contenidos en la presente solicitud, corresponden fielmente a la verdad. FIRMA DEL TRABAJADOR O DEL MANDATARIO Para aquellos trabajadores que habiendo terminado una relación laboral, mantengan otra vigente, la declaración de cesantía se entenderá efectuada respecto de la relación laboral por la cual se tramita el beneficio.	Certifico que los datos consignados en la presente Solicitud corresponden a los contenidos en los documentos de identificación del solicitante y finiquito, los que he tenido a la vista. FIRMA - TIMBRE NOMBRE Y RUT FUNCIONARIO AFC
Informamos a usted que tiene beneficios de salud a través de FONASA, mientras reciba beneficios del Seguro de Cesantía, podrá solicitar recálculo de tramo en FONASA.	

SOLICITUD DE PRESTACIÓN POR SEGURO DE CESANTÍA: AFILIADOS CON DERECHO A FONDO DE CESANTÍA SOLIDARIO

Tipo Solicitante :

1 = Titular

2 = Mandatario

FOLIO

			FECHA DE RECEPCIÓN		
REGIÓN	AFP	SUCURSAL	DÍA	MES	AÑO

Documentación Recepcionada:

☐ Original Poder Notarial

☐ Fotocopia Poder Autorizada ante Notario

☐ Carta de Despido

Finiquito

Liquidación de Sueldo

Otros

Detallar

SECCION 1: DATOS DEL AFILIADO: (Dejar un espacio en blanco entre los apellidos y nombres)

RUT		APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
DOMICILIO ACTUAL							
Calle	N°	Depto. N°/Block/Sector/Población/Villa		Región	Ciudad	Comuna	Casilla
Código Postal		Teléfono		E-mail			
Actualizó datos Afiliado				Actualizó Beneficiarios			

SECCION 2: DATOS DEL EMPLEO: (Llenar por la Agencia de acuerdo al finiquito)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR		RUT EMPLEADOR	
FECHA TÉRMINO DE RELACIÓN LABORAL			
DÍA	MES	AÑO	
Tipo de Contrato:		Causal de Término:	
CAUSAL DE TÉRMINO DE CONTRATO			

SECCIÓN 3: CÁLCULO ESTIMATIVO DE PRESTACIONES

Remuneración Promedio Calculada: \$		(últ 6 o 12 meses)	
Opción 1: FINANCIAMIENTO CON FONDO DE CESANTÍA SOLIDARIO		Opción 2: FINANCIAMIENTO CON SALDO CUENTA INDIVIDUAL	
Presentarse en la OMIL	Fecha Giro	A percibir	
Primer Giro			
Segundo Giro			
Tercer Giro			
Cuarto Giro			
Quinto Giro			
Total			
CONDICIONES		CONDICIONES	
- Estar CESANTE - Asistencia obligatoria en forma mensual a la OMIL de en las fechas indicadas, quedando disponible para el empleo o capacitación que ésta pueda ofrecer. - Si está recibiendo el último giro, informarse si tiene derecho a recibir 2 giros adicionales.		Estar CESANTE Si se pierde esta condición, se interrumpirá el beneficio teniendo derecho a optar por: A) Retirar el giro al cual hubiese tenido derecho de continuar cesante, o B) Mantener dicho monto en la cuenta individual	

SECCIÓN 4: MODALIDAD DE PAGO

Lugar de Pago / Comuna	Agencia/ Dirección
Declaro expresamente haber optado por el financiamiento de la opción habiendo sido informado en este acto y al momento de suscribir este documento, respecto del alcance y contenido de esta opción. ADEMÁS DECLARO BAJO JURAMENTO ESTAR CESANTE Y QUE TODOS LOS DATOS CONTENIDOS EN LA PRESENTE SOLICITUD, CORRESPONDEN FIELMENTE A LA VERDAD. FIRMA DEL TRABAJADOR O DEL MANDATARIO	
Certifico que los datos consignados en la presente Solicitud corresponden a los contenidos en los documentos de identificación del solicitante y finiquito, los que he tenido a la vista. FIRMA - TIMBRE NOMBRE Y RUT FUNCIONARIO AFC	
Informamos a usted que tiene beneficios de salud a través de FONASA, mientras reciba beneficios del Seguro de Cesantía, podrá solicitar recálculo del tramo en FONASA	

SOLICITUD DE PRESTACIÓN POR SEGURO DE CESANTÍA: AFILIADOS CON DERECHO SÓLO A LA CUENTA INDIVIDUAL POR CESANTÍA

Tipo Solicitante :

1 = Titular

2 = Mandatario

FOLIO

			FECHA DE RECEPCIÓN		
REGIÓN	AFP	SUCURSAL	DÍA	MES	AÑO

Documentación Recepcionada:

☐ Original Poder Notarial

☐ Fotocopia Poder Autorizada ante Notario

☐ Carta de Despedido

Finiquito

Liquidación de Sueldo

Otros

Detallar

SECCION 1: DATOS DEL AFILIADO: (Dejar un espacio en blanco entre los apellidos y nombres)

RUT		APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
DOMICILIO ACTUAL							
Calle	N°	Depto. N°/Block/Sector/Población/Villa		Región	Ciudad	Comuna	Casilla
Código Postal		Teléfono		E-mail			
Actualizó datos Afiliado				Actualizó Beneficiarios			

SECCION 2: DATOS DEL EMPLEO: (Llenar por la Agencia de acuerdo al finiquito)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR		RUT EMPLEADOR	
FECHA TÉRMINO DE RELACIÓN LABORAL			
DÍA	MES	AÑO	
Tipo de Contrato:		Causal de Término:	
CAUSAL DE TÉRMINO DE CONTRATO			

SECCIÓN 3: CÁLCULO ESTIMATIVO DE PRESTACIONES

Remuneración Promedio Calculada: S		(últ. 6 o 12 meses)	
	Fecha Giro	A percibir	
Primer Giro			
Segundo Giro			
Tercer Giro			
Cuarto Giro			
Quinto Giro			
Total			

CONDICIONES

Estar CESANTE

Si se pierde esta condición, se interrumpirá el beneficio teniendo derecho a optar por:

A) Retirar el giro al cual hubiese tenido derecho de continuar cesante, o

B) Mantener dicho monto en la cuenta individual

SECCIÓN 4: MODALIDAD DE PAGO

Lugar de Pago / Comuna	Agencia/ Dirección
Declaro bajo juramento, estar cesante y que los datos contenidos en la presente solicitud corresponden fielmente a la verdad. FIRMA DEL TRABAJADOR O DEL MANDATARIO Esta declaración también se aplicará para aquellos trabajadores que habiendo terminado una relación laboral, mantengan otra vigente.	
Certifico que los datos consignados en la presente Solicitud corresponden a los contenidos en los documentos de identificación del solicitante, los que he tenido a la vista. FIRMA - TIMBRE NOMBRE Y RUT FUNCIONARIO AFC	
Informamos a usted que tiene beneficios de salud a través de FONASA, mientras reciba beneficios del Seguro de Cesantía, podrá solicitar recálculo del tramo en FONASA	

1.10.2024