



APRUEBA MODIFICACIÓN DE CONVENIO DE COLABORACIÓN SUSCRITO ENTRE EL MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y FAMILIA Y LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD.

RESOLUCIÓN EXENTA N°: 0409

SANTIAGO, 18 NOV 2021

VISTO:

Lo dispuesto en el Decreto con Fuerza de Ley N° 1/19.653, de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia de la República, que fija el Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; en la ley 20.379 que crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e Institucionaliza el Subsistema de Protección Integral a la Infancia "Chile Crece Contigo"; en la Ley N° 20.530, que Crea el Ministerio de Desarrollo Social y Familia y Modifica Cuerpos Legales que Indica; en la Ley N° 19.949 que establece un Sistema de Protección Social para Familias de Situación de Extrema Pobreza denominado Chile Solidario; Ley N° 21.218 que crea un Subsidio para Alcanzar un Ingreso Mínimo Garantizado; en el Decreto Supremo N° 22, de 2015, del Ministerio de Desarrollo Social, que Aprueba Reglamento del Artículo 5° de la Ley N° 20.379 y del Artículo 3° Letra f) de la Ley 20.530; en la Ley N° 19.628 sobre Protección de la Vida Privada; en el Decreto Supremo N° 160, de 2007 del Ministerio de Planificación, que reglamenta el Registro de Información Social; en la Resolución Exenta N° 0159, de 2020 de la Subsecretaría de Evaluación Social que aprueba convenio de colaboración que indica; en la Resolución N° 7, de 2019, que fija Normas sobre Exención del Trámite de Toma de Razón, de la Contraloría General de la República, y;

CONSIDERANDO

1° Que, el artículo 1° de la ley N° 20.530 que Crea el Ministerio de Desarrollo Social y Familia y Modifica Cuerpos Legales que indica, dispone que el Ministerio es Secretaría de Estado encargada de colaborar con el Presidente de la República en el diseño y aplicación de políticas, planes, y programas en materia de equidad y/o desarrollo social, especialmente aquellas destinadas a erradicar la pobreza y brindar protección social a las personas, familias o grupos vulnerables en distintos momentos del ciclo vital, promoviendo la movilidad e integración social y la participación con igualdad de oportunidades en la vida nacional.

2° Que, esta Cartera de Estado es responsable de administrar y coordinar la implementación del Sistema Intersectorial del Protección Social, conforme a lo dispuesto en la ley N° 20.379. Asimismo, de acuerdo a la ley N° 19.949, debe diseñar, implementar y administrar un Registro de Información Social, para entre otras funciones, la asignación y racionalización de las prestaciones sociales que otorga el Estado.

3° Que, con fecha 11 de noviembre de 2015 se suscribió entre este Ministerio y la Superintendencia de Salud, un convenio de Transferencia de Datos al Registro de Información Social del Ministerio de Desarrollo Social, el cual fue aprobado por Decreto Exento N° 0181, de 29 de diciembre de 2015 de esta Cartera de Estado.

4° Que, el convenio individualizado fue modificado por las partes a través de acuerdo suscrito con fecha 03 de julio de 2017, aprobado mediante el Decreto Exento N° 53, del mismo año, del Ministerio de Desarrollo Social.

5° Que, sin perjuicio de lo anterior, las partes han detectado la necesidad de actualizar la información remitida desde la Superintendencia al Ministerio e incorporar nuevas variables tales como cotizantes, cargas, prestaciones de salud y egresos hospitalarios los que serán utilizados en el marco del Registro de Información Social y especialmente en el Sistema de Apoyo a la Selección de Usuarios de Prestaciones Sociales.

6° Que, es por lo anterior, que con fecha 10 de agosto de 2021, el Ministerio de Desarrollo Social y Familia y la Superintendencia de Salud suscribieron una modificación de convenio, la que debe ser aprobada administrativamente; por tanto;

RESUELVO

1° APRUÉBASE la modificación de convenio suscrita con fecha 10 de agosto del año 2021, entre el Ministerio de Desarrollo Social y Familia y la Superintendencia de Salud, cuyo texto es del siguiente tenor:

"MODIFICACIÓN DEL CONVENIO DE TRANSFERENCIA DE DATOS

ENTRE

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y FAMILIA

Y

LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD

En Santiago de Chile, 10 agosto de 2021, entre el **MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y FAMILIA**, RUT N° 60.103.000-4, en adelante 'Ministerio', representado por su Subsecretaria, doña **ALEJANDRA CANDIA DÍAZ**, ambos domiciliados para estos efectos en calle Catedral N° 1575, piso 4, comuna de Santiago, ciudad de Santiago, por una parte; y la **SUPERINTENDENCIA DE SALUD**, RUT N° 60.189.000-7, en adelante el 'Superintendencia', representado por su Director, don **PATRICIO FERNÁNDEZ PÉREZ**, ambos domiciliados para estos efectos en calle Av. Libertador Bernardo O'Higgins N°1449, piso 6°, Edificio Santiago Downtown II, comuna y ciudad de Santiago, por la otra, se ha acordado suscribir la presente modificación de convenio:

CONSIDERANDO:

Que, con fecha 11 de noviembre de 2015 se suscribió entre el Ministerio de Desarrollo Social, actual Ministerio de Desarrollo Social y Familia y la Superintendencia de Salud, un Convenio de Transferencia de Datos al Registro de Información Social del Ministerio de Desarrollo Social, el cual fue aprobado por Decreto Exento N° 0181, de 29 de diciembre de 2015 de esta Cartera de Estado.

Que, el convenio individualizado fue modificado por las partes a través de acuerdo suscrito con fecha 03 de julio de 2017, aprobado mediante el Decreto Exento N° 53, del mismo año, del Ministerio de Desarrollo Social.

Que, la modificación indicada tuvo por objeto complementar la cláusula tercera en el referido convenio, en el sentido de incorporar una tabla de datos adicionales a la Base de Datos Archivo Maestro de Cotizantes, tal como da cuenta el citado instrumento, no obstante, las partes han acordado suscribir una nueva modificación de convenio con la finalidad de actualizar la información remitida desde la Superintendencia al Ministerio e incorporar nuevas variables.

Que, los datos que se requieren de la Superintendencia consisten en nuevas variables de cotizantes, cargas, prestaciones de salud y egresos hospitalarios los que serán utilizados en el marco del Registro de Información Social y especialmente en el Sistema de Apoyo a la Selección de Usuarios de Prestaciones Sociales, cuya finalidad es proveer de información que permita la caracterización de la población objetivo, definida para los distintos beneficios, programas y/o prestaciones sociales creadas por ley. Este incluirá una Calificación Socioeconómica y demás condiciones de elegibilidad utilizadas en la selección y acceso de las personas a dichos beneficios, programas y/o prestaciones sociales creadas por ley, considerando sus atributos socioeconómicos, territoriales, y otros pertinentes con el propósito de ponerlas a disposición de los organismos públicos y con ello contribuir a la adecuada asignación y focalización de los recursos.

Así, por ejemplo, respecto de la Calificación Socioeconómica del Registro Social de Hogares, los datos de salud solicitados se incorporarán para el cálculo de ingresos de los integrantes de la unidad de análisis y también para la evaluación de medios de los integrantes de la unidad de análisis, específicamente, para contar con el valor de cotización de salud de los antes mencionados.

Que, asimismo en el marco de la función del Ministerio consistente en definir los instrumentos de focalización de Programas Sociales, a la cual alude la ley N° 20.530, los datos requeridos serán utilizados para el desarrollo de las herramientas de prevención o alertas preventivas, con la finalidad de permitir una mejor caracterización de las unidades y consecuentemente una prelación de ellas que obedezca a mejores criterios técnicos. En efecto, el Ministerio desarrolla herramientas o instrumentos de focalización de prestaciones sociales con un fuerte componente preventivo, vale decir, intenta identificar hogares y/o personas destinatarios de prestaciones sociales que presentan potenciales problemas tales como vulneración de derechos, deserción escolar, aislamiento territorial, baja empleabilidad o bajas jubilaciones entre otros. Para la creación de estas herramientas se utiliza información de las unidades de análisis de todas las dimensiones posibles, en las cuales se encuentra salud.

Que, en este contexto, las partes han acordado la presente modificación de convenio, conforme los términos que se indica a continuación:

LAS PARTES ACUERDAN LO SIGUIENTE:

PRIMERA: Por este acto, las partes modifican el Convenio de Transferencia de Datos, suscrito con fecha 11 de noviembre de 2015, aprobado por Decreto Exento N° 0181, de de 2015, del Ministerio de Desarrollo Social, en el sentido que se indica a continuación:

A) En la cláusula TERCERA denominada “ENTREGA DE BASE DE DATOS”:

1. Reemplácese la Tabla de datos adicionales al Archivo Maestro de Cotizantes, correspondiente a la desagregación por tipo de trabajador para cada Rut Cotizante por la Tabla de datos correspondientes al Proceso de Recaudación de cotizaciones que se indica a continuación:

ID	Campo	Tipo	Definición	Valores posibles
1	Periodo de Información	Numérico	Corresponde al año y mes de la información reportada por la Isapre.	
2	Código Aseguradora	Numérico	Corresponde al número de identificación asignado a la Isapre por esta Superintendencia.	

ID	Campo	Tipo	Definición	Valores posibles
3	Rut Cotizante	Numérico	Corresponde al Rol Único Nacional (RUN) de la persona cotizante y que corresponde al informado en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica. En el caso de cotizaciones mal enteradas o beneficiarios cotizantes, se informa el RUN consignado en la planilla de cotizaciones.	
4	Tipo Ente o Entidad Encargada de Pago	Alfabético	Corresponde al tipo de entidad que paga las cotizaciones de salud de acuerdo a la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica. Se informan tantos registros como pagos de los empleadores y/o entidades pagadoras existan. Para las cotizaciones no declaradas y no pagadas se informa el encargado del pago de la cotización que se encuentre formalizado a través del o los FUN vigentes en el periodo que corresponda.	• Empleador • Entidad Encargada del pago de la pensión • Trabajador Independiente • Voluntario
5	Tipo de registro	Alfabético	Corresponde al tipo de pago informado en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica según la categorización que se presenta. Cuando en el mes que corresponde el pago de cotizaciones, esta última no fue	• Declaración y pago • Declaración y no pago • No declarada ni pagada • Pago declaración anterior • Gratificaciones • Otras (Pagos por subsidios, traspaso de cotizaciones, etc.)

ID	Campo	Tipo	Definición	Valores posibles
			declarada ni pagada, en este campo se informa No declarada ni pagada.	
6	Tipo Trabajador	Alfabético	Corresponde a la calidad laboral o previsional en que se puede categorizar a la persona cotizante y que ha sido comunicada a la ISAPRE. Lo señalado, de acuerdo al período que se informa.	• Dependiente • Pensionado • Independiente • Voluntario
7	Cotización Total	Númérico	Corresponde al monto total en pesos pagado, que se detalla en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica, de acuerdo a cada persona afiliada, por entidad empleadora o encargada de la pensión, o bien, afiliado/a independiente o voluntario. En caso de cotizaciones declaradas y no pagadas (DNP) corresponde informar el monto en pesos declarado en las planillas de cotización.	
8	Remuneración imponible	Númérico	Indica el monto en pesos de la remuneración, pensión o renta declarada según sea el caso, en el período que se detalla en la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica.	
9	Periodo de remuneración	Númérico	Corresponde al mes y año en que se devengó la cotización, esto es el mes de la	

ID	Campo	Tipo	Definición	Valores posibles
			remuneración sobre la que se calculó y descontó la cotización de salud de acuerdo a la planilla de cotizaciones o recaudación electrónica.	

2. Incorpórese el campo "Uso de CAEC" en la Tabla Archivo Cobertura Adicional de Enfermedades Catastróficas e Información de Prestadores CAEC, que indique si el beneficiario hizo uso del beneficio CAEC durante el periodo informado.
3. Manténgase el envío de las Tablas de datos correspondientes a los archivos con información de Cotizantes, Cargas y Licencias Médicas Tramitadas. Respecto de los datos asociados a cartera de Cotizantes y Cargas con beneficios vigentes, la Superintendencia enviará la información del mes correspondiente, y además remitirá la proyección de la cartera de beneficiarios correspondiente a la información del mes siguiente y subsiguiente, construida a partir de los archivos de Contratos y Beneficiarios. Esta proyección, para ambos meses, presenta un porcentaje marginal de diferencia en relación al valor que finalmente reporta la Isapre.
4. Incorpórese la Tabla de datos del Archivo Maestro de Prestaciones de Salud Bonificadas, que contiene las siguientes características:

ID	Nombre del Campo	Definición
(01)	CÓDIGO ASEGURADORA	Corresponde al número de identificación de la aseguradora registrado en esta Superintendencia. Validadores Técnicos: ✓ Campo de tipo numérico. ✓ No se aceptan valores distintos al especificado para la aseguradora.
(02)	FECHA INFORMACIÓN	Corresponde al mes y año en que se bonificó la prestación(es) que se informa. La información que se remita corresponderá a un detalle de las prestaciones de salud bonificadas, en el mes que se informa. Esta información deberá remitirse mensualmente, siendo su plazo máximo de envío, el día 20 del mes siguiente al mes que se informa. No obstante, lo anterior, durante el año 2007 (periodo de transición) la remisión de la información deberá efectuarse como plazo máximo- el día 20 del mes siguiente al trimestre que se informa. Formato MMAAAA, donde: MM = mes y AAAA = año. Validadores Técnicos: ✓ Campo de tipo numérico. Validadores de Consistencia: ✓ El valor deberá corresponder al mes y año en que se informa.
(03)	TIPO DE REGISTRO	Corresponde a la categorización o clasificación de la prestación informada. Los valores a emplear son los siguientes:

ID	Nombre del Campo	Definición
		1: Curativa 2: Examen de Medicina Preventiva 3: Protección a la mujer embarazada y hasta el sexto mes de nacimiento del hijo 4: Control del niño sano (Recién Nacido hasta los seis años de edad) Validadores Técnicos: ✓ Campo de tipo numérico. ✓ Valores posibles: 1, 2, 3, 4.
(04)	RUN BENEFICIARIO	Corresponde al Rol Único Nacional (RUN), entregado por el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCel), del beneficiario - cotizante o carga – al que se le bonificó la(s) prestación(es) que se informa(n). En caso de aquellos beneficiarios Nonatos, en lugar del RUN deberá informarse el valor 0 (cero). Validadores Técnicos: ✓ Campo de tipo numérico. Validadores de Consistencia: ✓ Se validará su consistencia con el campo 05 (Dígito verificador del beneficiario).
(05)	DV BENEFICIARIO	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del Run del Beneficiario (campo 04) aplicando la rutina denominada Módulo 11. En caso de aquellos beneficiarios Nonatos, deberá informarse la letra X. Validadores Técnicos: ✓ Campo de tipo alfanumérico. ✓ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, K y X. Validadores de Consistencia: ✓ Se validará su consistencia con el campo 04 (RUN beneficiario). ✓ Si el beneficiario es Nonato, este valor debe corresponder a X, de lo contrario se aplicará rutina del módulo 11.
(06)	SEXO BENEFICIARIO	Identifica el sexo del beneficiario objeto de la prestación bonificada. En caso de aquellos beneficiarios Nonatos, deberá informarse la letra X. Validadores Técnicos: ✓ Campo de tipo alfabético. ✓ Valores posibles: F= Femenino, M=Masculino, X=Nonato.
(07)	EDAD BENEFICIARIO	Corresponde a la edad del beneficiario al momento en que fue o fueron bonificadas la(s) prestación(es) de salud que se informa (n). La edad debe estar expresada en años, debiendo considerarse para ello los años cumplidos a la fecha de bonificación.

ID	Nombre del Campo	Definición
		En caso de aquellos beneficiarios Nonatos y aquellos que tengan menos de un año de vida, deberá informarse como edad el valor 0 (cero). Validadores Técnicos: ✓ Campo de tipo numérico.
(08)	TIPO DE BENEFICIARIO	Identifica si el beneficiario tiene la calidad de Cotizante o Carga. Para este efecto, la ISAPRE deberá asignar los códigos siguientes, considerando para ello la situación del beneficiario a la fecha de bonificación de la prestación: 1: Cotizante 2: Carga Validadores Técnicos: ✓ Campo de tipo numérico. ✓ Valores posibles: 1, 2.
(09)	RUT DEL PRESTADOR	Corresponde al RUT del prestador asociado a la(s) prestación(es) de salud bonificada(s). Se deberá informar en este campo el RUT del prestador institucional, aún cuando la prestación haya sido efectivamente otorgada por un profesional. Validadores Técnicos: ✓ Campo de tipo numérico. Validadores de Consistencia: ✓ Se validará su consistencia con el campo (10) Dígito verificador del Prestador.
(10)	DV DEL PRESTADOR	Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del Rut del Prestador (campo 09) aplicando la rutina denominada Módulo 11. Validadores Técnicos: ✓ Campo de tipo alfanumérico. ✓ Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y K. Validadores de Consistencia: ✓ Se validará su consistencia con el campo (09) RUT del Prestador.
(11)	REGIÓN DEL PRESTADOR	Corresponde al código de la región -del 1 al 15- en que se encuentra el prestador que efectuó la(s) prestación(es) de salud bonificada(s). Dicha codificación se modificará en relación directa con las variaciones que adopte la división territorial del país, como por ejemplo cuando ocurra la incorporación de nuevas regiones al territorio nacional, motivo por el cual el código de la región se modificará del 1 al 15. En el caso que el asegurador no cuente con este dato, corresponderá registrar en este campo valor 0 (cero). Validadores Técnicos: ✓ Campo de tipo numérico. ✓ Valores posibles: 0 (cero) o en conformidad con la división territorial que se adopte en el país
(12)	COMUNA DEL PRESTADOR	Corresponde a la codificación numérica establecida por el INE de la comuna en que se encuentra el prestador, que otorgó la(s) prestación(es) de salud bonificada(s).

ID	Nombre del Campo	Definición
		En el caso que el asegurador no cuente con este dato, corresponderá registrar en este campo valor 0 (cero). Validadores Técnicos: ✓ Campo de tipo numérico. ✓ Valores posibles: 0 (cero) y según codificación del INE. Validadores de Consistencia: ✓ Se validará que la comuna pertenezca a la región informada en el campo (11) Región del Prestador.
(13)	PRESTADOR PREFERENTE	Indica si la(s) prestación(es) bonificada(s) fue otorgada por un prestador preferente. Para este efecto, la ISAPRE deberá asignar los códigos siguientes, considerando para ello la situación del prestador a la fecha de bonificación de la prestación: 1: Sí 2: No Validadores Técnicos: ✓ Campo de tipo numérico. ✓ Valores posibles: 1,2.
(14)	NÚMERO PROGRAMA MÉDICO PRINCIPAL (PAM)	Corresponde al correlativo o folio asignado, por la aseguradora, al programa médico relacionado con la(s) prestación(es) de salud bonificada(s). En el caso que las prestaciones bonificadas se encuentren en varios programas médicos, como podría ser en una hospitalización, se registrará como Programa Médico Principal a aquél en que se detalle la prestación Día(s) cama. Si la(s) prestación(es) bonificada(s) que se informa no es parte de un Programa Médico, como por ejemplo Consulta Médica ambulatoria, corresponderá informar valor 0 (cero) en este campo. Validadores Técnicos: ✓ Campo de tipo numérico. Validadores de Consistencia: ✓ Cuando este campo registre valor distinto de 0 (cero), el campo Número de Reembolso (17) o Número de Bono (16) deberá registrar valor distinto de cero 0 (cero). Se verificará esta condición cuando el campo (20) Cobertura/Financiamiento de la Prestación registre valor distinto de 5. ✓ Cuando el campo Tipo de Atención sea igual a 2 (Hospitalario), entonces este campo deberá contener valor distinto de 0 (cero).
(15)	NÚMERO PROGRAMA MÉDICO COMPLEMENTARIO	Corresponde al correlativo o folio asignado por la aseguradora, a los programas médicos que complementan a otro principal para la cobranza de prestaciones. En caso que la cobranza de prestaciones se realice en un solo programa médico, en este campo se registrará valor 0 (cero).

ID	Nombre del Campo	Definición
		Asimismo, si el asegurador asigna como correlativo al PAM complementario, el mismo folio con el que se identifica el PAM principal, deberá repetirse dicho valor en este campo. Validadores Técnicos: ✓ Campo de tipo numérico. Validadores de Consistencia: ✓ Cuando este campo registre valor distinto de 0 (cero), el campo Número de Reembolso (17) o Número de Bono (16) deberá registrar valor 0 (cero). Se verificará esta condición cuando el campo (20) Cobertura/Financiamiento de la Prestación registre valor distinto de 5.
(16)	NÚMERO DE BONO DE ATENCIÓN	Corresponde al correlativo o folio asignado, por la aseguradora, a la orden de atención médica relacionada con la(s) prestación(es) de salud bonificada(s). Validadores Técnicos: ✓ Campo de tipo numérico. Validadores de Consistencia: ✓ Cuando el campo (17) Número de Reembolso registre valor distinto de 0 (cero), en este campo deberá registrarse un 0 (cero). Se verificará esta condición cuando el campo (20) Cobertura/Financiamiento de la Prestación registre valor distinto de 5.
(17)	NÚMERO DE REEMBOLSO	Corresponde al correlativo o folio asignado, por la aseguradora, al documento emitido como comprobante de reembolso para el beneficiario. Validadores Técnicos: ✓ Campo de tipo alfanumérico. Validadores de Consistencia: ✓ Cuando el campo (16) Número de Bono de Atención registre valor distinto de 0 (cero), en este campo deberá registrarse 0 (cero). Se verificará esta condición cuando el campo (20) Cobertura/Financiamiento de la Prestación registre valor distinto de 5.
(18)	CÓDIGO PRESTACIÓN	Corresponde al código que identifica la o las prestaciones de salud bonificadas al beneficiario, sea este cotizante o carga, en el mes y año que se informa. La información de las prestaciones bonificadas que se envíe deberá utilizar como base para su codificación el Arancel de FONASA de la Modalidad Libre Elección que se encuentre vigente a la fecha de bonificación, respetando su orden y estructura. Sin perjuicio de lo anterior, deberá considerarse lo siguiente: Las prestaciones que hayan sido desagregadas por las ISAPREs, para una mejor gestión, deberán ser agrupadas tomando como base los códigos presentados en el Arancel FONASA. Por ejemplo:

ID	Nombre del Campo	Definición
		01-01-029 Consulta médica oftalmológica especialista iris XX-YY-LLL Consulta médica oftalmológica especialista iris Debe informarse como: 01-01-003 Consulta médica especialista - Las prestaciones relacionadas con el Examen de Medicina Preventiva (EMP) deberán informarse complementariamente en este archivo, empleando los códigos definidos de acuerdo a los "Códigos Referenciales de Prestaciones Examen de Medicina Preventiva" contenidos en el Anexo Explicativo N°5, de la Circular IF N°23/2006 o el que lo reemplace. - Asimismo, la prestación o grupo de prestaciones asociadas a un problema de salud incluido en el Decreto Supremo del MINSAL que fija las Garantías Explícitas en Salud (GES) a que se refiere la Ley N°19.966, y que se encuentre vigente, deberá informarse complementariamente en este archivo, empleando el Anexo N°3 "Arancel GES Decreto Supremo", de la citada Circular IF N°23/2006 o el que lo reemplace. Por ejemplo: 7D3 = Confirmación de Pacientes con DM Tipo 2 25T02 = Implantación Marcapasos Unicameral VVI - El uso de pabellones quirúrgicos o salas de procedimientos deberá informarse con los códigos adicionales definidos en el Arancel FONASA, por ejemplo: 0000001 = Sala de Procedimientos 1. 0000002 = Sala de Procedimientos 2. 0000014 = Derecho de Pabellón 14. - Los insumos y materiales clínicos deberán informarse agrupados bajo el código 4000000, salvo que sean parte de alguna Prestación o Grupo de Prestaciones incluido en las GES. - Los Medicamentos deberán informarse bajo el código 6100000, salvo que sean parte de alguna Prestación o Grupo de Prestaciones incluido en las GES. - Las prestaciones dentales deberán informarse agrupadas bajo el código 5000000, salvo que sean parte de alguna Prestación o Grupo de Prestaciones contenidas en las GES o se trate de Prestaciones Dentales incluidas como Pago Asociado a Diagnóstico (PAD). - Las Prestaciones Dentales vinculadas a un Pago Asociado a Diagnóstico (PAD), deberán informarse agrupadas bajo los siguientes códigos, según corresponda:

ID	Nombre del Campo	Definición																
		<table><tr><th colspan="2">PRESTACIONES DENTALES DEFINIDAS COMO PAGO ASOCIADO A DIAGNÓSTICO (PAD)</th></tr><tr><th>Código</th><th>Descripción</th></tr><tr><td>2503001</td><td>Obturación, diagnóstico y tratamiento de una pieza dental</td></tr><tr><td>2503002</td><td>Obturación, tratamiento complementario, más de 1 y hasta 4 piezas dentales</td></tr><tr><td>2503003</td><td>Obturación, tratamiento complementario, más de 4 piezas dentales</td></tr><tr><td>2503004</td><td>Tratamiento de Endodoncia Incisivo, una pieza dental</td></tr><tr><td>2503005</td><td>Tratamiento de Endodoncia Pre Molar, una pieza dental</td></tr><tr><td>2503006</td><td>Tratamiento de Endodoncia Molar, una pieza dental</td></tr></table> - Las Drogas Antineoplásicas deberán informarse agrupadas bajo el código 6200000, salvo que sean parte de alguna Prestación o Grupo de Prestaciones incluido en las GES. - Las Drogas inmunosupresoras deberán informarse agrupadas bajo el código 6400000, salvo que sean parte de alguna Prestación o Grupo de Prestaciones incluido en las GES. - Las prestaciones que, bonificadas por la ISAPRE, no se encuentran bajo ninguna de las denominaciones anteriores, deberán ser informadas según la codificación que le hubiera asignado la propia ISAPRE. Validadores Técnicos: ✓ Campo de tipo alfanumérico. Valores posibles: los códigos indicados en el Arancel FONASA de la Modalidad de Libre Elección, los Anexos N° 3 y N° 5 de la Circular IF/N° 23/2006, el Arancel de Prestaciones de la ISAPRE informado a la Superintendencia y los códigos identificados en forma taxativa en esta definición: 4000000, 5000000, 6100000, 6200000 y 6400000. ✓ Debe informarse siempre, no se acepta vacío o blanco. Validadores de Consistencia: ✓ Se validará su consistencia con el campo 19 (Pertenencia del Código). Cuando dicho campo registre valor 1, este campo deberá consignar como valor algún código del Arancel FONASA de la Modalidad Libre Elección. Si el campo 19 (Pertenencia del Código) registra valor 2, este campo deberá registrar algún código del Arancel de la ISAPRE. Si el campo 19 (Pertenencia del Código) registra valor 3, este campo deberá registrar alguno de los siguientes códigos: 4000000, 5000000, 6100000, 6200000, 6400000, o los señalados en el Anexo N° 3 ó N° 5 de la Circular IF/N° 23/2006 o los que lo reemplacen. ✓ Se validará su consistencia con el campo 20 (Cobertura/Financiamiento de la Prestación).	PRESTACIONES DENTALES DEFINIDAS COMO PAGO ASOCIADO A DIAGNÓSTICO (PAD)		Código	Descripción	2503001	Obturación, diagnóstico y tratamiento de una pieza dental	2503002	Obturación, tratamiento complementario, más de 1 y hasta 4 piezas dentales	2503003	Obturación, tratamiento complementario, más de 4 piezas dentales	2503004	Tratamiento de Endodoncia Incisivo, una pieza dental	2503005	Tratamiento de Endodoncia Pre Molar, una pieza dental	2503006	Tratamiento de Endodoncia Molar, una pieza dental
PRESTACIONES DENTALES DEFINIDAS COMO PAGO ASOCIADO A DIAGNÓSTICO (PAD)																		
Código	Descripción																	
2503001	Obturación, diagnóstico y tratamiento de una pieza dental																	
2503002	Obturación, tratamiento complementario, más de 1 y hasta 4 piezas dentales																	
2503003	Obturación, tratamiento complementario, más de 4 piezas dentales																	
2503004	Tratamiento de Endodoncia Incisivo, una pieza dental																	
2503005	Tratamiento de Endodoncia Pre Molar, una pieza dental																	
2503006	Tratamiento de Endodoncia Molar, una pieza dental																	

ID	Nombre del Campo	Definición
		Cuando dicho campo registre valor 1, este campo deberá registrar algún valor contenido en el Anexo N° 3 de la Circular IF/N° 23/2006 o el que lo reemplace. Si el campo 20 (Cobertura/Financiamiento de la Prestación) registra cualquier otro valor, este campo podrá registrar cualquiera de los valores posibles, salvo los contenidos en el Anexo N° 3 de la Circular IF/N° 23/2006 o el que lo reemplace.
(19)	PERTENENCIA DEL CÓDIGO	Indica si el código de la prestación bonificada pertenece al Arancel FONASA, es propio de la ISAPRE o ha sido definido especialmente por esta Superintendencia. Se utilizará la siguiente codificación: 1: Código de la Prestación pertenece al arancel FONASA 2: Código de la Prestación es propio del Asegurador 3: Código de la Prestación definido por la Superintendencia Validadores Técnicos: ✓ Campo de tipo numérico. ✓ Valores posibles: 1, 2, 3.
(20)	COBERTURA FINANCIAMIENTO DE LA PRESTACIÓN	Identifica si la prestación que se informa ha(n) sido o no cubierta (s) al beneficiario. Lo anterior, de acuerdo a los siguientes valores: Validar 1: GES 2: CAEC 3: GES- CAEC 4: Plan Complementario (se excluye CAEC y GESCAEC) 5: No bonificado 6: Otro (Ej. beneficios complementarios o especiales) Validadores Técnicos: ✓ Campo de tipo numérico. ✓ Valores posibles: 1, 2, 3, 4, 5 y 6 Validadores de Consistencia ✓ Cuando el campo (3) Tipo de Registro consigne el valor 2, 3 ó 4, este campo deberá registrar valor 4. ✓ Si el campo (19) Pertenencia del Código es igual a 1 ó 2 entonces este campo deberá registrar el valor 2, 3 ó 4.
(21)	FECHA DE LA BONIFICACIÓN	Corresponde a la fecha (día, mes y año) de bonificación de la(s) prestación(es) que se informa(n), independientemente de la fecha en que se otorgó la prestación. Formato DDMMAAAA, donde: DD = día, MM = mes y AAAA = año. Validadores Técnicos: ✓ Campo de tipo numérico. Validadores de Consistencia: ✓ La fecha deberá corresponder al mismo período que se está informando mediante el campo (02) Fecha Información.
(22)	IDENTIFICACIÓN DEL PLAN	Corresponde a la denominación que la ISAPRE ha otorgado al plan de salud, suscrito por el cotizante, y vigente a la fecha de bonificación de la(s) prestación(es).

ID	Nombre del Campo	Definición
		Para estos efectos, la ISAPRE deberá usar el mismo código de identificación que el informado en el Archivo Maestro de Planes Complementarios, contenido en el Título III "Planes Complementarios de Salud, Tabla de Factores y Selección de Prestaciones Valorizadas" del Capítulo II "Archivos Maestros" del Compendio de Información. Validadores Técnicos: ✓ Campo de tipo alfanumérico.
(23)	TIPO DE PRESTADOR	Identifica la característica del prestador que otorgó u otorgará las atenciones de salud bonificadas, en cuanto a si pertenece al Sistema Público de Salud o al Sistema Privado, donde: 1: Prestador Institucional perteneciente al Sistema Público de Salud 2: Prestador perteneciente al Sistema Privado de Salud Si el prestador que otorgó u otorgará las atenciones de salud bonificadas corresponde a una persona natural, corresponderá informar el código 2. Validadores Técnicos: ✓ Campo de tipo numérico. ✓ Valores Posibles: 1, 2.
(24)	TIPO ATENCIÓN	Identifica la modalidad de atención en que se otorgó u otorgará la prestación, conforme haya sido bonificada por el asegurador. Se utilizará la siguiente codificación: 1: Atención Ambulatoria 2: Atención Hospitalaria Para estos efectos se entenderá por: ▪ Prestación de Atención ambulatoria: aquella realizada a un beneficiario, por un prestador, sin que requiera, complementariamente, de prestaciones de días cama. ▪ Prestación de Atención hospitalaria: aquella realizada a un beneficiario y que requiere o requirió que se haya efectuado con el paciente hospitalizado. La hospitalización no necesariamente requiere que el paciente pernocte en el establecimiento, por lo tanto, el alcance de la atención hospitalaria deberá definirse de acuerdo a la jurisprudencia establecida por esta Superintendencia en la normativa que regula la materia. Validadores Técnicos: ✓ Campo de tipo numérico. ✓ Valores Posibles: 1, 2.
(25)	FRECUENCIA	Corresponde al número de veces que se bonificó la prestación respecto del bono de atención o el reembolso informado. Validadores Técnicos: ✓ Campo de tipo numérico. Validadores de Consistencia: ✓ Para la combinación de campos (04) RUN Beneficiario, (14) Número Programa Médico Principal (PAM) y (18) Código Prestación, la suma de valores informados en este campo no podrá ser mayor a 1

ID	Nombre del Campo	Definición
		cuando en el campo (18) Código Prestación se informen procedimientos o cirugías.
(26)	VALOR FACTURADO	Corresponde al monto total en pesos que el prestador ha facturado o facturará por cada prestación de salud bonificada al beneficiario. En caso que la prestación que se informe corresponda a un examen preventivo, corresponde al costo total en pesos asumido por el asegurador. Validadores Técnicos: ✓ Campo de tipo numérico. Validadores de Consistencia: ✓ Se validará que la suma de los valores de los campos (27) Valor Bonificado y (28) Monto Copago, no sea superior al monto facturado.
(27)	VALOR BONIFICADO	Corresponde al monto total en pesos bonificado por el asegurador, por cada prestación de salud respecto del bono de atención o el reembolso informado. En el caso que la prestación no sea bonificable, corresponderá registrar en este campo valor 0 (cero). Validadores Técnicos: ✓ Campo de tipo numérico. Validadores de Consistencia: ✓ Si el valor registrado en el campo (20) Cobertura/Financiamiento de la Prestación es igual a 5, este campo deberá ser igual a cero. ✓ Se verificará que si el campo (20) Cobertura/Financiamiento de la Prestación es distinto de 5, el valor registrado en este campo deberá ser distinto de 0 (cero).
(28)	MONTO COPAGO	Corresponde a la contribución que deberá efectuar el beneficiario -cotizante o carga – respecto de la prestación que se informa. En caso que la prestación haya sido bonificada como consecuencia de un reembolso, corresponderá informar - en este campo - la diferencia entre el valor cobrado por el prestador, registrado en la boleta o factura y la bonificación que la ISAPRE haya efectuado. Validadores Técnicos: ✓ Campo de tipo numérico. ✓ Si el campo (3) Tipo de Registro es igual 2, 3 ó 4, este campo debe ser igual a (0) cero.
(29)	BONIFICACIÓN RESTRINGIDA	Indica si la prestación fue bonificada una vez consumidos los topes establecidos en el plan de salud, corresponde a preexistencias declaradas (18 meses) o embarazo en curso, y por ende se ha utilizado una bonificación proporcional. A efectos de informar a la Superintendencia, la ISAPRE deberá considerar los siguientes valores: 1: Sí 2: No Validadores Técnicos:

ID	Nombre del Campo	Definición
		✓ Campo de tipo numérico. ✓ Valores Posibles: 1 y 2.
(30)	TIPO DE PLAN	Indica si el plan asociado al beneficiario objeto de la prestación contempla cobertura general o reducida. A efectos de informar a la Superintendencia, la ISAPRE deberá considerar los siguientes valores: 1 = Plan con cobertura General 2 = Plan con cobertura Reducida Validadores Técnicos: ✓ Campo de tipo numérico. ✓ Valores Posibles 1 y 2.
(31)	HORARIO DE OTORGAMIENTO DE LA PRESTACIÓN	Indica el horario en que fue bonificada la prestación que se informa. Para efectos de informar a la Superintendencia, las ISAPRE deberán usar los siguientes valores: 1: Horario Hábil 2: Horario Inhábil 3: Sin Información, el que corresponderá en los casos en que la aseguradora no cuente con la información que se requiere. Validadores Técnicos: ✓ Campo de tipo numérico. ✓ Valores Posibles: 1, 2 y 3.
(32)	MODALIDAD DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	Identifica si la intervención quirúrgica, bonificada al beneficiario, se realizó en forma simultánea o sucesiva a otra en el mismo acto quirúrgico correspondiente. Para tales efectos se utilizará la siguiente codificación: 1 = Si 2 = No 3 = No Aplicable En caso que la prestación que se informe en el campo 18 (Código de Prestación), no corresponda a una intervención quirúrgica, se registrará el valor 3 (No Aplicable). En caso que se realice sólo una prestación de tipo quirúrgica al beneficiario, corresponderá informar en este campo valor 2. Corresponderá informar valor 1, para todas las prestaciones quirúrgicas que cumplan con la condición de haberse efectuado en forma simultánea o sucesiva, no importando, para efectos de este archivo, su orden. Con todo, se entenderá que una prestación es de tipo quirúrgica cuando tenga asociada una Sala de Procedimientos o un Pabellón Quirúrgico. Validadores Técnicos: ✓ Campo de tipo numérico. ✓ Valores posibles 1, 2 y 3. Validadores de Consistencia: ✓ Se validará su consistencia con lo informado en el campo (18) Código de Prestación, para los valores

ID	Nombre del Campo	Definición
		que registren en el campo (19) Pertenencia del código el valor 1 "Código de la Prestación pertenece al Arancel FONASA". ✓ Si el campo (18) registra valores cuyos 2 primeros dígitos están entre 01 y 10 (Prestaciones No Quirúrgicas), en este campo se registrará valor 3 "No Aplicable". ✓ Para los códigos cuyos dos primeros dígitos sean distintos del rango 01 al 10, entonces este campo podrá registra los valores 1 ó 2.
(33)	LEY DE URGENCIA VITAL	Indica si la prestación de salud que se informa, deriva de una atención médica que implique riesgo vital o secuela funcional grave (urgencia o emergencia) conforme a la Ley N°19.650. Para efectos de informar a la Superintendencia, las ISAPRE deberán usar los siguientes valores: 1: Si 2: No Validadores Técnicos: ✓ Campo de tipo numérico. ✓ Valores Posibles: 1 y 2.

5. Incorpórese la Tabla de datos del Archivo Maestro de Egresos Hospitalarios, que contiene las siguientes características:

	Campo	Tipo	Definición	Valores posibles
1	Código Aseguradora	Numérico	Corresponde al número de identificación de la aseguradora registrado en esta Superintendencia.	
2	Fecha información	Numérico	Corresponde al mes y año en que se bonificó la prestación que se informa.	
3	Rut beneficiario	Numérico	Rut del Beneficiario	
4	Dv beneficiario	Alfabético(1)	Digito verificador del beneficiario	
5	Sexo Beneficiario	Alfabético(9)	Identifica el sexo del beneficiario objeto de la prestación bonificada.	
6	Edad Beneficiario	Numérico	Edad del Beneficiario	
7	Tipo Beneficiario	Alfabético(9)		• Carga • Cotizante
8	Rut prestador	Numérico		
9	Dv Prestador	Alfabético(1)	Digito Verificador Prestador	
10	Numero Programa Médico	Numérico		
11	Código Diagnóstico Principal	Alfabético(10)		
12	Código Diagnóstico Secundario	Alfabético(10)		

	Campo	Tipo	Definición	Valores posibles
13	Intervención Quirúrgica	Alfabético(21)		
14	Fecha Ingreso	Date		
15	Fecha Egreso	Date		
16	Condición egreso	Alfabético(15)		
17	Días Hospitalización	Número		
18	Identificación plan	Alfabético(30)		
19	Tipo Prestador	Alfabético(65)		
20	Comuna Prestador	Número		

B) En la cláusula CUARTA denominada “PERIODICIDAD DE LA ENTREGA DE INFORMACIÓN”, **REEMPLÁCESE** el párrafo primero por el que se indica a continuación.

“Las partes convienen que la transferencia de información solicitada en los términos expuestos en el presente convenio se hará con una periodicidad mensual. La información correspondiente a un mes en particular se entregará a más tardar el día 20 del mes subsiguiente al del período informado, salvo la base de datos de cotizaciones pagadas que se entregará a más tardar el día 25 del mes siguiente al del período informado. No obstante, si por mejora técnicas u operativas de la Superintendencia, los plazos de levantamiento y/o sistematización de la información pueden ser reducidos, se enviará la última información disponible con que cuente la Superintendencia.”

SEGUNDA: Se deja constancia que en todo lo no modificado por este instrumento, permanecerán vigentes todas y cada una de las estipulaciones contenidas en el Convenio de Transferencia de Datos al Registro de Información Social aprobado mediante Decreto N° 181, de 2015 del Ministerio de Desarrollo Social.

TERCERA: La presente modificación comenzará a regir a contar de la total tramitación del último acto administrativo que la apruebe, sin perjuicio de lo anterior, por razones de continuidad en la ejecución del convenio las partes acuerdan que la misma se implementará desde su suscripción.

CUARTA: La personería de doña **ALEJANDRA CANDIA DÍAZ**, para representar al Ministerio, consta en Decreto Supremo N° 05 de 2018 del Ministerio de Desarrollo Social, y la personería de don **PATRICIO FERNÁNDEZ PÉREZ**, para representar a la Superintendencia, está contenida en el Decreto N° 58 de 2019, del Ministerio de Salud.

La presente modificación se firma en dos (2) ejemplares igualmente auténticos, quedando uno en poder de cada parte.

Firmado por: don Patricio Fernández Pérez, Superintendente de Salud y doña Alejandra Candia Díaz, Subsecretaría de Evaluación Social”

2° REMÍTASE copia digital de la presente Resolución a la Fiscalía del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, al Gabinete de la Subsecretaría de Evaluación Social, a la División de Información Social y a la División de Políticas Sociales, ambos de la Subsecretaría de Evaluación Social; y copia impresa a la Superintendencia de Salud y a la Oficina de Partes.

3° INCORPÓRESE por la Oficina de Partes copia digital de la presente Resolución en el Sistema de Gestión Documental del Ministerio de Desarrollo Social y Familia denominado Socialdoc.

ANÓTESE Y ARCHÍVESE



MATÍAS ROMERO DONOSO
SUBSECRETARIO DE EVALUACIÓN SOCIAL (S)

MFB/MAC