

Nº 201/SEC/17

Valparaíso, 10 de octubre de 2017.

A S.E. el Presidente
de la Honorable
Cámara de
Diputados

Tengo a honra comunicar a Vuestra Excelencia que, con motivo del mensaje, informes y antecedentes que se adjuntan, el Senado ha dado su aprobación a la siguiente iniciativa, correspondiente al Boletín Nº 11.281-13:

PROYECTO DE LEY:

“Artículo primero.- Créase el Seguro para el Acompañamiento de los Niños y Niñas que se regirá por las siguientes normas:

TÍTULO PRIMERO
DEL SEGURO

Párrafo primero

De las normas generales del Seguro

Artículo 1º.- Objeto del Seguro. Establécese un seguro obligatorio, en adelante “el Seguro”, para los padres y las madres trabajadores de niños y niñas afectados por una condición grave de salud, para que puedan ausentarse justificadamente de su trabajo durante un tiempo determinado, con el objeto de prestarles atención, acompañamiento o cuidado personal, recibiendo durante ese período un subsidio que reemplace total o parcialmente su remuneración o renta mensual, en los términos y condiciones señalados en la presente ley.

Artículo 2°.- Personas protegidas por el Seguro. Estarán sujetos al Seguro las siguientes categorías de trabajadores:

a) Los trabajadores dependientes regidos por el Código del Trabajo.

b) Los funcionarios de los órganos de la Administración del Estado señalados en el artículo 1° del decreto con fuerza de ley N° 1/19.653, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, promulgado el año 2000 y publicado el año 2001, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N° 18.575, orgánica constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, con exclusión de los funcionarios de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública sujetos al régimen previsional de las Cajas de Previsión de la Defensa Nacional y de Carabineros de Chile. Estarán sujetos también al Seguro los funcionarios del Congreso Nacional, del Poder Judicial, del Ministerio Público, del Tribunal Constitucional, del Servicio Electoral, de la Justicia Electoral y demás tribunales especiales creados por ley.

c) Los trabajadores independientes a que se refieren los artículos 89, inciso primero, y 90, inciso tercero, del decreto ley N° 3.500, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, de 1980.

La afiliación de un trabajador al Seguro se entenderá efectuada por el solo ministerio de la ley, cuando éste se incorpore al régimen del seguro de la ley N° 16.744, que establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

Artículo 3°.- Beneficiarios del Seguro. Son beneficiarios del Seguro, el padre y la madre trabajadores señalados en el artículo precedente, de un niño o niña mayor de un año y menor de quince o dieciocho años de edad, según corresponda, afectado o afectada por una condición grave de salud. También serán beneficiarios del Seguro el trabajador o la trabajadora que tenga a su cargo el cuidado personal de dicho niño o niña, otorgado por resolución judicial.

Artículo 4°.- De las prestaciones del Seguro. Los trabajadores afiliados al Seguro tendrán derecho, cumpliendo los requisitos establecidos en esta ley, a un permiso para ausentarse justificadamente de su trabajo durante un tiempo determinado y al pago de un subsidio que reemplace total o parcialmente su remuneración o renta mensual, durante el período que el hijo o hija requiera atención, acompañamiento o cuidado personal.

Artículo 5°.- Requisitos de acceso al Seguro. Para acceder a las prestaciones del Seguro los trabajadores deberán estar afiliados a él y cumplir los siguientes requisitos:

a) Los trabajadores dependientes deberán tener una relación laboral vigente a la fecha de inicio de la licencia médica y registrar, a lo menos, ocho cotizaciones previsionales mensuales, continuas o discontinuas, en los últimos veinticuatro meses anteriores a la fecha de inicio de la licencia médica. Las tres últimas cotizaciones más próximas al inicio de la licencia deberán ser continuas.

b) Los trabajadores independientes deberán contar, a lo menos, con doce cotizaciones previsionales mensuales, continuas o discontinuas, en los últimos veinticuatro meses anteriores al inicio de la licencia médica. Las cinco últimas cotizaciones más próximas al inicio de la licencia deberán ser continuas. Además, estos trabajadores deberán encontrarse al día en el pago de las cotizaciones para pensiones, salud, el seguro de la ley N° 16.744 y para el Seguro contemplado en esta ley. Para los efectos de esta ley se considerará que se encuentran al día quienes hayan pagado las cotizaciones para pensiones, salud, el seguro de la ley N° 16.744 y el Seguro creado por esta ley, el mes inmediatamente anterior al inicio de la licencia.

c) Contar con una licencia médica emitida de conformidad a lo establecido en el artículo 13, junto con los demás documentos y certificaciones que correspondan.

Artículo 6°.- Requisitos de acceso al Seguro para el trabajador temporal cesante. Si a la fecha de inicio de la licencia médica el trabajador o la trabajadora no cuentan con un contrato de trabajo vigente, tendrá derecho a las prestaciones del Seguro cuando cumpla copulativamente con los siguientes requisitos:

a) Tener doce o más meses de afiliación previsional con anterioridad a la fecha de inicio de la licencia médica.

b) Registrar, a lo menos, ocho cotizaciones previsionales mensuales, continuas o discontinuas, en calidad de trabajador dependiente, en los últimos veinticuatro meses anteriores a la fecha de inicio de la licencia médica.

c) Las tres últimas cotizaciones registradas, dentro de los ocho meses anteriores al inicio de la licencia médica, deberán ser en virtud de un contrato a plazo fijo o por obra, trabajo o servicio determinado.

Párrafo segundo

De las contingencias protegidas por el Seguro

Artículo 7°.- Contingencia protegida. La contingencia protegida por el Seguro es la condición grave de salud de un niño o niña. Constituyen una condición grave de salud las siguientes:

a) Cáncer.

b) Trasplante de órgano sólido.

c) Fase o estado terminal de la vida.

d) Accidente grave con riesgo de muerte o de secuela funcional grave y permanente.

En los casos de las letras a), b) y c) serán causantes del beneficio los niños y niñas mayores de un año y menores de dieciocho años de edad. En el caso de la letra d) serán causantes del beneficio los niños y niñas mayores de un año y menores de quince años de edad.

Artículo 8°.- Condiciones de acceso en caso de cáncer. Las condiciones de acceso y acreditación en caso de cáncer son las siguientes:

a) Que la condición de salud del niño o niña forme parte de las patologías consideradas dentro de las Garantías Explícitas en Salud establecidas en la ley N° 19.966 y sus reglamentos, en sus etapas de sospecha, confirmación diagnóstica, tratamiento, seguimiento y recidiva.

b) Licencia médica extendida por el médico tratante.

Artículo 9°.- Condiciones de acceso en caso de trasplante. Las condiciones de acceso y acreditación en caso de trasplante de órgano sólido son las siguientes:

a) Que se trate del trasplante de un órgano sólido de acuerdo a lo establecido en la ley N° 19.451, que establece normas sobre trasplante y donación de órganos, y su reglamento.

b) Que se haya efectuado el trasplante. En los casos en que no se haya efectuado el trasplante y el niño o niña se encuentren inscritos en el registro nacional de potenciales receptores de órganos a cargo del Instituto de Salud Pública de Chile, priorizado como urgencia médica, se requerirá un certificado emitido por la Coordinadora Nacional de Trasplante que acredite esta circunstancia.

c) Licencia médica extendida por el médico tratante.

Artículo 10.- Condiciones de acceso en caso de fase o estado terminal de la vida. La fase o estado terminal de la vida es aquella condición de salud en que no existe recuperación de la salud del niño o niña y su término se encuentra determinado por la muerte inminente. Se incluye dentro de esta condición de salud el tratamiento destinado al alivio del dolor y los cuidados paliativos por cáncer avanzado.

Las condiciones de acceso y acreditación son las siguientes:

a) En caso de fase o estado terminal de la vida se requerirá un informe o declaración escrita expedida por el médico tratante que acredite la condición de salud del niño o niña, acompañada de la opinión del Comité de Ética Asistencial establecido en la ley N° 20.584 y su reglamento.

b) En caso de tratamiento destinado al alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado, se requerirá que la condición de salud del niño o niña forme parte de las patologías consideradas dentro de las Garantías Explícitas en Salud establecidas en la ley N° 19.966 y sus reglamentos.

c) Licencia médica extendida por el médico tratante.

Artículo 11.- Condiciones de acceso en caso de accidente grave. Las condiciones de acceso y acreditación en caso de accidente grave con riesgo de muerte o de secuela funcional grave y permanente son las siguientes:

a) Informe o declaración escrita expedida por el médico tratante que acredite:

1) Que el niño o niña se encuentra afectado por un cuadro clínico severo derivado de un accidente grave, y

2) Que el cuadro clínico implique riesgo vital o de secuela funcional severa y permanente que requiera rehabilitación intensiva para su recuperación.

b) Documento o certificado que acredite que el niño o niña se encuentra hospitalizado o sujeto a un proceso de rehabilitación funcional intensiva o a cuidados especializados en el domicilio.

c) Licencia médica extendida por el médico tratante.

Artículo 12.- Reglamentos de ejecución. Uno o más reglamentos conjuntos de los Ministerios de Salud y del Trabajo y Previsión Social, suscritos además por el Ministro o Ministra de Hacienda, fijarán las normas para la adecuada aplicación y acreditación de lo dispuesto en los artículos 8°, 9°, 10 y 11, incluidas las normas relativas a la emisión de las licencias médicas y los demás antecedentes documentales.

TÍTULO SEGUNDO DE LAS PRESTACIONES DEL SEGURO

Párrafo primero

De la licencia médica y el permiso

Artículo 13.- Licencia médica. La licencia médica será otorgada al trabajador o trabajadora por el médico tratante del niño o niña y en ella deberá certificarse la ocurrencia de alguna de las condiciones graves de salud señaladas en el artículo 7°.

La licencia médica se otorgará por períodos de hasta quince días, salvo lo dispuesto en el inciso sexto del artículo siguiente, pudiendo ser prorrogada por períodos iguales, sea en forma continua o discontinua. Con todo, la suma de los días correspondientes a cada licencia no podrá exceder de los plazos máximos establecidos en el artículo siguiente.

En el caso de la contingencia señalada en la letra d) del artículo 7°, la licencia médica sólo podrá otorgarse a partir del día décimo primero de ocurrido el accidente.

El uso, extensión y control de las licencias médicas se regirá por el o los reglamentos establecidos en el artículo anterior y las demás normas vigentes, especialmente lo dispuesto en la ley N° 20.585, sobre otorgamiento y uso de licencias médicas.

Artículo 14.- Duración del permiso. El permiso para cada trabajador o trabajadora en caso de cáncer tendrá una duración de hasta noventa días, por cada hijo o hija afectado por esa condición grave de salud, dentro de un período de doce meses, contados desde el inicio de la primera licencia médica. El permiso podrá ser usado por hasta dos períodos continuos respecto del mismo diagnóstico.

El permiso para cada trabajador o trabajadora en caso de trasplante de órgano sólido tendrá una duración de hasta noventa días, por cada hijo o hija afectado por esa condición grave de salud, respecto del mismo diagnóstico, contados desde el inicio de la primera licencia médica.

En los casos de fase o estado terminal de la vida, el permiso para cada trabajador o trabajadora tendrá una duración total de hasta sesenta días, por cada hijo o hija afectado por esa condición grave de salud, respecto del mismo diagnóstico, contados desde el inicio de la primera licencia.

El permiso para cada trabajador o trabajadora por accidente grave tendrá una duración máxima de hasta cuarenta y cinco días, en relación al evento que lo generó, por cada hijo o hija afectado por esa condición grave de salud, contados desde el inicio de la primera licencia médica.

Si el padre y la madre son trabajadores con derecho al Seguro podrán hacer uso del permiso conjunta o separadamente, según ellos lo determinen.

Los permisos establecidos en este artículo podrán usarse por media jornada en aquellos casos en que el médico tratante prescriba que la atención, el acompañamiento o el cuidado personal del hijo o hija pueda efectuarse bajo esta modalidad. Para efectos del cálculo de la duración del permiso se entenderá que las licencias médicas otorgadas por media jornada equivalen a medio día. Las licencias médicas por media jornada en los casos de cáncer, trasplante de órgano sólido y fase o estado terminal de la vida podrán tener una duración de hasta treinta días cada una de ellas.

Durante el goce del permiso que regula esta ley se aplicará lo dispuesto en el inciso tercero del artículo 161 del Código del Trabajo.

Artículo 15.- Reglas especiales para el uso del permiso. Cuando ambos padres sean trabajadores con derecho a las prestaciones del Seguro, cualquiera de ellos podrá traspasar al otro, hasta un tercio del período máximo de permiso que le corresponde.

En los casos que el padre y la madre sean trabajadores con derecho a las prestaciones del Seguro y uno de ellos tenga el cuidado personal del hijo o hija otorgado por resolución judicial, este último tendrá derecho a la totalidad del período de permiso que corresponde a ambos padres. Sin perjuicio de lo anterior, el padre o madre que tenga el cuidado personal del hijo o hija podrá igualmente traspasar hasta un tercio del período total que le corresponde, al otro padre o madre.

La decisión de traspaso del permiso deberá ser comunicada a la o al empleador del padre o la madre que hará uso del permiso, a la entidad pagadora del subsidio y a la entidad administradora del Seguro, en la forma y plazos que establezca el procedimiento fijado por la Superintendencia de Seguridad Social. Con todo, la decisión de traspaso deberá ser informada, a lo menos, con cinco días hábiles de anticipación a la fecha de inicio del período traspasado.

Cuando opere el traspaso del permiso, el subsidio a que dé lugar se calculará sobre la base de las remuneraciones, rentas o subsidios que correspondan al padre o madre que haga uso efectivo del permiso de conformidad a las normas dispuestas en los artículos 16 y siguientes de esta ley.

Cuando el cuidado personal del niño o niña lo tenga un tercero distinto del padre o la madre, otorgado por resolución judicial, sólo éste podrá hacer uso del permiso, en los mismos términos que habría correspondido al padre o la madre.

Párrafo segundo

Del subsidio

Artículo 16.- Subsidio. El trabajador o trabajadora que haga uso del permiso establecido en el artículo 14 tendrá derecho al pago de un subsidio con cargo al Seguro por todo el período de duración del permiso, si cumple con los requisitos de afiliación y cotización regulados en esta ley.

El monto diario del subsidio de los trabajadores dependientes se calculará sobre la base del promedio de las remuneraciones netas y de los subsidios por incapacidad de origen común, laboral o maternal, o bien de este Seguro, percibidos en los últimos tres meses calendarios anteriores más próximos al inicio del permiso.

Se entienden por remuneraciones netas para la determinación de la base de cálculo la remuneración imponible respecto de la que se hayan efectuado las cotizaciones, con deducción de las cotizaciones de cargo del trabajador y de los impuestos, en su caso.

Tratándose de los trabajadores independientes, el subsidio se calculará sobre la base de las rentas netas y subsidios percibidos dentro de los cinco meses anteriores más próximos al mes en que se inicia el permiso.

El subsidio a que da lugar esta ley será imponible para previsión y salud de conformidad al artículo 17 del decreto ley N° 3.500, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, de 1980. Durante el período en que el trabajador esté percibiendo este subsidio el empleador deberá continuar declarando y pagando las cotizaciones que son de su cargo.

En todo lo no previsto en este artículo se aplicarán al subsidio establecido en esta ley, en cuanto sea compatible con su naturaleza, las reglas establecidas en el decreto con fuerza de ley N° 44, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, de 1978, que fija normas comunes para subsidios por incapacidad laboral de los trabajadores dependientes del sector privado, con excepción de los artículos 10 y 11. Respecto de los trabajadores independientes, se aplicarán las normas del Párrafo 2° del Título II del Libro II del decreto con fuerza de ley N° 1, del Ministerio de Salud, promulgado el año 2005 y publicado el año 2006, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469.

Artículo 17.- Reglas aplicables al subsidio para el trabajador temporal cesante. En el caso de los trabajadores cesantes señalados en el artículo 6°, el monto diario del subsidio se calculará sobre la base del promedio de las remuneraciones netas y de los subsidios por incapacidad de origen común, laboral o maternal, o bien de este Seguro, percibidos en los últimos doce meses calendarios anteriores y más próximos al inicio del permiso.

Artículo 18.- Del tope del subsidio. El monto del subsidio equivaldrá al 100% de las remuneraciones o rentas netas del trabajador o trabajadora calculadas de acuerdo al procedimiento establecido en los artículos 16 y 17.

Artículo 19.- Incompatibilidades. Las prestaciones del Seguro son incompatibles con el pago del subsidio por incapacidad de origen común o laboral, del subsidio por descanso maternal, incluido el tiempo de descanso postnatal parental o por el permiso por enfermedad grave del niño menor de un año, y se

suspenderán por estas causas. Asimismo, serán incompatibles con el uso de feriado legal o permiso con goce de remuneración, en su caso.

Solamente se podrá hacer uso del Seguro una vez finalizados los permisos o descansos señalados en el inciso anterior. Sin perjuicio de lo dispuesto en este artículo, serán compatibles con el pago de subsidio de origen común, laboral o de otro beneficio de protección a la maternidad utilizado en jornada parcial de acuerdo con lo dispuesto en inciso sexto del artículo 14.

Párrafo tercero

Del procedimiento para el otorgamiento de las prestaciones del Seguro

Artículo 20.- Presentación de la licencia médica. La licencia médica será presentada por el trabajador o la trabajadora al empleador, acompañada de los antecedentes respectivos.

El empleador remitirá la licencia médica y los demás antecedentes a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez. En el caso de los trabajadores independientes, éstos presentarán la licencia médica y la documentación correspondiente en forma directa a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez.

En todo lo no regulado expresamente en este Párrafo se aplicara supletoriamente lo dispuesto en el decreto supremo N° 3, del Ministerio de Salud, de 1984, que aprueba el reglamento de autorización de licencias médicas por las comisiones de medicina preventiva e invalidez y por las instituciones de salud previsional, en cuanto sea compatible con lo establecido en este Párrafo.

Artículo 21.- Proceso de calificación. La calificación médica corresponderá a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez. Será competente para conocer de la calificación de la licencia médica la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez del lugar donde presta sus servicios el trabajador o la trabajadora o la del domicilio del trabajador o trabajadora independiente, en su caso.

La Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez consultará los requisitos de elegibilidad establecidos en los artículos 5° y 6° y el número de días autorizados al trabajador o trabajadora con cargo a este Seguro, de acuerdo al procedimiento y a los mecanismos de verificación que establezca la Superintendencia de Seguridad Social. Para tal efecto las entidades recaudadoras deberán contar con un sistema electrónico de consulta en línea.

La Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez dispondrá de un plazo de siete días hábiles para revisar la licencia médica y los demás antecedentes y pronunciarse sobre la procedencia del permiso. Este plazo será prorrogable por siete días hábiles más. De no ser observada dentro de estos plazos, la licencia médica se entenderá aprobada.

La autorización o rechazo de la licencia médica será comunicada por la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez al trabajador o la trabajadora y al empleador, preferentemente en forma electrónica. Las licencias médicas autorizadas deberán comunicarse también a la entidad pagadora y a la Superintendencia de Seguridad Social, en forma electrónica.

Artículo 22.- Cálculo y pago del subsidio. Las entidades pagadoras calcularán el monto del subsidio a que tiene derecho el trabajador o trabajadora de acuerdo a lo establecido en los artículos 16, 17 y 18.

El subsidio se pagará con la misma periodicidad que la remuneración, sin que pueda ser, en caso alguno, superior a un mes.

El pago de los subsidios será realizado por las Mutualidades de Empleadores y el Instituto de Seguridad Laboral, según corresponda.

TÍTULO TERCERO
DEL FINANCIAMIENTO DEL SEGURO Y DEL FONDO

Párrafo primero

Del Fondo para el Acompañamiento de los Niños y Niñas

Artículo 23.- El Fondo. El Fondo del Seguro para el Acompañamiento de los Niños y Niñas, en adelante el “Fondo”, tiene como objetivo financiar las prestaciones que otorga este Seguro, de acuerdo al artículo 3 de la ley N° 21.010.

Este Fondo tendrá un patrimonio independiente y separado del patrimonio de la entidad que lo administre o gestione.

Artículo 24.- Financiamiento del Fondo. El Fondo se financiará con los siguientes recursos:

a) Con una cotización mensual de un 0,03% de las remuneraciones o rentas imponibles de los trabajadores dependientes e independientes, de cargo del empleador o de estos últimos, establecida en el artículo 3 de la ley N° 21.010.

b) Con la cotización para este Seguro que proceda durante los períodos en que el trabajador o la trabajadora esté haciendo uso de él y por los períodos de incapacidad laboral temporal de origen común, maternal o de la ley N° 16.744, de cargo del empleador.

c) Con el producto de las multas, reajustes e intereses que se apliquen en conformidad a la ley N° 17.322.

d) Con las utilidades o rentas que produzca la inversión de los recursos anteriores.

Artículo 25.- Destino del Fondo. Los recursos del Fondo se destinarán a financiar:

- a) El pago de los subsidios a que da lugar el Seguro.
- b) El pago de las cotizaciones previsionales y de salud que procedan durante el uso del Seguro.
- c) El pago de los gastos de administración, gestión, fiscalización y todo otro gasto en que incurran las instituciones y entidades que participan en la gestión del Seguro.

Párrafo segundo

De las cotizaciones

Artículo 26.- Cotizaciones. El empleador deberá cotizar por todos sus trabajadores.

La cotización establecida en la letra a) del artículo 24 se calculará sobre las remuneraciones o rentas imposables de los trabajadores, según corresponda, hasta el tope máximo vigente establecido en el artículo 16 del decreto ley N° 3.500, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, de 1980, consideradas al último día del mes anterior al pago.

Para los efectos de lo dispuesto en la presente ley se considerara remuneración la señalada en el artículo 41 del Código del Trabajo y renta imponible la señalada en los artículos 90 y 92-K del citado decreto ley N° 3.500, de 1980.

Si un trabajador o trabajadora desempeña dos o más empleos se deberán efectuar cotizaciones por cada una de las remuneraciones y, en cada una, hasta el tope a que se refiere el inciso segundo de este artículo. En lo demás, se

aplicará lo dispuesto en el artículo 16 del decreto ley N° 3.500, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, de 1980.

En caso de incapacidad laboral temporal del trabajador o trabajadora de origen común, maternal, de la ley N° 16.744 o cuando el trabajador o trabajadora haga uso de este Seguro, el empleador deberá continuar declarando y pagando la cotización para el financiamiento de este Seguro. Por su parte, la entidad pagadora del Seguro deberá enterar las cotizaciones para previsión y salud de cargo del trabajador en los organismos que correspondan.

Las cotizaciones que pague el empleador para este Seguro durante el período en que el trabajador o trabajadora esté haciendo uso del permiso deberán efectuarse sobre la base de la última remuneración imponible enterada para el Seguro, correspondiente al mes anterior a aquel en que se haya iniciado el permiso.

Durante el período en que un trabajador independiente esté haciendo uso de un permiso por incapacidad laboral temporal de origen común, maternal, de la ley N° 16.744 o cuando esté haciendo uso de este Seguro, se encontrará exento de la obligación de contribuir al Seguro creado por esta ley. Con todo, para los efectos de acceder a sus beneficios, se entenderá que el trabajador independiente ha cumplido con el requisito relativo al pago de la cotización señalada en la letra a) del artículo 24.

Para todos los efectos legales estas cotizaciones tendrán el carácter de cotización de seguridad social.

Artículo 27.- Entidad recaudadora. La recaudación de las cotizaciones se efectuará por las Mutualidades de Empleadores y el Instituto de Seguridad Laboral, conjuntamente con las demás cotizaciones que recaudan para el financiamiento del seguro de la ley N° 16.744.

Artículo 28.- Obligación de pago de las cotizaciones. La declaración y pago de las cotizaciones de este Seguro se regirán por las reglas establecidas en el artículo 19 del decreto ley N° 3.500, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, de 1980.

El pago de las cotizaciones de los trabajadores independientes se regirá por las normas relativas al pago provisional de las cotizaciones establecido en el inciso cuarto del artículo 92 del citado decreto ley N° 3.500, de 1980.

Artículo 29.- Mantención de las prestaciones del Seguro. Las cotizaciones declaradas y no pagadas por el empleador se reputarán enteradas para los efectos que los trabajadores accedan a las prestaciones que otorga este Seguro.

Artículo 30.- Cobro de cotizaciones. Corresponderá a la entidad recaudadora respectiva perseguir el cobro de las sumas adeudadas.

A las cotizaciones del Seguro le serán aplicables las normas de la ley N° 17.322 y gozarán de los mismos privilegios y garantías que las otras cotizaciones previsionales.

Párrafo tercero

De la administración financiera del Fondo

Artículo 31.- Entero de los recursos al Fondo. Los ingresos recibidos por las entidades recaudadoras del Seguro serán depositados mensualmente en una cuenta única que será llevada por la entidad administradora del Fondo, dentro de los cinco días siguientes al vencimiento del plazo legal en que las entidades recaudadoras reciben las cotizaciones correspondientes, término que se prorrogará hasta el primer día hábil siguiente si dicho plazo expirare en día sábado, domingo o festivo.

Artículo 32.- Administración financiera del Fondo. La administración financiera del Fondo estará a cargo de una persona jurídica de derecho privado, constituida en la República de Chile, en adelante “la entidad administradora”, que tendrá por objeto exclusivo la administración del Fondo, la inversión de sus recursos y los giros que se dispongan de conformidad con esta ley.

La entidad administradora será determinada mediante licitación pública.

Artículo 33.- Licitación y adjudicación del Fondo. La licitación y la adjudicación del servicio se regirán por las normas establecidas en la presente ley y las respectivas bases de licitación, las que serán aprobadas por resolución de la Superintendencia de Seguridad Social, previa aprobación del Ministerio de Hacienda.

Las bases de licitación de la administración financiera del Fondo deberán contemplar, a lo menos, los requisitos de postulación; las garantías que deberán otorgar los oferentes; los criterios de idoneidad de las entidades postulantes; los criterios de adjudicación; la forma de determinación de la retribución por la administración del Fondo; las condiciones bajo las cuales la licitación se declararía desierta, las obligaciones que le corresponderán a la entidad que resulte adjudicada y la duración del contrato de administración, que en ningún caso podrá ser inferior a tres años ni superior a diez años.

Podrán postular a esta licitación las personas jurídicas, nacionales o extranjeras, que cumplan con lo establecido en las bases de licitación.

La Superintendencia de Seguridad Social efectuará un proceso de precalificación de los postulantes a la licitación con el fin de asegurar su idoneidad técnica, económica y financiera.

Si no hubiere interesados en la licitación o ésta fuere declarada desierta deberá llamarse, dentro de los treinta días siguientes, a una nueva licitación pública. Dicho plazo se contará desde la fecha de la resolución que declara

desierta la licitación. En este caso, la Superintendencia de Seguridad Social deberá resolver la administración transitoria del Fondo.

La licitación se adjudicará evaluando las ofertas técnicamente aceptables atendiendo, a lo menos, a factores tales como el costo de administración y la calificación técnica para la prestación del servicio. La definición de estos factores y su forma de aplicación para adjudicar la prestación del servicio serán establecidas en las respectivas bases de licitación.

La adjudicación será realizada a través de una resolución dictada por la Superintendencia de Seguridad Social con aprobación previa del Ministerio de Hacienda. Esta resolución será publicada en el Diario Oficial.

Artículo 34.- Contrato de administración. La entidad adjudicataria estará obligada a constituir, en el plazo de sesenta días contado desde la publicación en el Diario Oficial de la resolución mencionada en el artículo anterior y con los requisitos que las bases de licitación establezcan, una sociedad comercial de nacionalidad chilena o agencia de la empresa extranjera constituida en Chile, con quien se celebrará el contrato de administración y su objeto exclusivo será el mencionado en el artículo 32.

La entidad administradora será de duración indefinida y subsistirá hasta el cumplimiento del plazo de vigencia del contrato de administración respectivo.

El contrato de administración será suscrito por la Superintendencia de Seguridad Social y aprobado por resolución de la misma Superintendencia. Se entenderán incorporadas al contrato las bases de licitación.

Existirá separación patrimonial entre los recursos propios de la entidad administradora y los del Fondo. La entidad administradora no tendrá dominio sobre el patrimonio que constituye el Fondo y tampoco podrá darlo en garantía. Los bienes y derechos que componen el patrimonio del Fondo serán inembargables.

Durante la vigencia del contrato, la entidad administradora deberá asegurar la continuidad de la prestación del servicio en condiciones de absoluta normalidad y en forma ininterrumpida. El incumplimiento de esta obligación constituirá infracción grave de las obligaciones de la entidad administradora.

La entidad administradora podrá celebrar contratos de prestación de servicios con entidades externas, según lo que al respecto establezcan las bases de licitación y el contrato de administración del Fondo.

La entidad administradora deberá presentar a la Superintendencia de Seguridad Social, a lo menos semestralmente, un informe que contendrá, respecto del período respectivo, los ingresos obtenidos, las cotizaciones enteradas, los egresos, la cartera de inversiones, la rentabilidad y los demás antecedentes que se establezcan en las bases de licitación.

Artículo 35.- Término del contrato de administración. El contrato de administración termina por las siguientes causales:

- a) Cumplimiento del plazo del contrato.
- b) Acuerdo entre la Superintendencia de Seguridad Social y la entidad que se adjudique la licitación.
- c) Infracción grave de las obligaciones que impone el contrato por parte de la entidad administradora.
- d) Insolvencia de la entidad administradora.
- e) Las que se estipulen en las bases de licitación.

Para dar término al contrato de administración y proceder a su liquidación se requerirá previamente contar con la aprobación de la cuenta de liquidación por parte de la Superintendencia de Seguridad Social. Igual procedimiento se seguirá cuando se ponga término a la sociedad por haberse cumplido su objetivo.

En caso de término anticipado del contrato, la Superintendencia de Seguridad Social deberá adoptar las providencias necesarias para dar continuidad operativa a la prestación de los servicios, debiendo convocar a una nueva licitación en el plazo máximo de sesenta días desde ocurrido el evento que dio origen al término del contrato.

Artículo 36.- Infracciones graves. La declaración de infracción grave de las obligaciones que impone el contrato por parte de la entidad administradora o de insolvencia de ésta corresponderá a la Superintendencia de Seguridad Social, a través de un procedimiento racional y justo, y deberá estar fundada en alguna de las causales establecidas en esta ley, en las bases de licitación o en el contrato de administración del Fondo.

La Superintendencia de Seguridad Social deberá llamar a licitación pública en el plazo de sesenta días contado desde la declaración de la infracción grave o la insolvencia, con el objeto de seleccionar a la nueva entidad que se adjudicará la licitación.

Producida alguna de las situaciones mencionadas en el inciso primero cesará la prestación del servicio de la entidad administradora. En este caso, la Superintendencia de Seguridad Social deberá adoptar todas las medidas necesarias para la continuidad operativa del servicio.

Artículo 37.- Inversión de los recursos del Fondo. Los recursos del Fondo se invertirán en los instrumentos financieros señalados en las letras a), b), c), d), e), g), h), i) y k) del artículo 45 del decreto ley N° 3.500, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, de 1980.

Las normas que establezcan los criterios de elegibilidad de emisores y diversificación serán determinadas por el Ministerio de Hacienda.

Las inversiones que se efectúen con recursos del Fondo tendrán como único objetivo la obtención de una adecuada rentabilidad que asegure el otorgamiento de los beneficios establecidos en esta ley.

Artículo 38.- Reglas de operación del Fondo. La contabilidad y la programación de los ingresos y egresos del Fondo se sujetarán a las siguientes reglas:

a) Mensualmente cada una de las entidades recaudadoras, junto con el entero de los recursos, enviará a la entidad administradora del Fondo, la información detallada sobre los ingresos percibidos por concepto de este Seguro.

b) Las entidades pagadoras informarán mensualmente a la entidad administradora del Fondo, los requerimientos estimados de recursos para los pagos que deberán efectuar por concepto de subsidios. Las entidades pagadoras que no remitan oportunamente los presupuestos y programas de egresos deberán solventar el pago de los subsidios con recursos propios, sin perjuicio de los ajustes que se realicen en los períodos posteriores. La entidad administradora del Fondo transferirá a las entidades pagadoras en forma anticipada los recursos solicitados para el pago de los subsidios.

c) La Superintendencia de Seguridad Social determinará mediante una norma de carácter general las modalidades y procedimientos que se seguirán para la entrega de información por parte de las entidades recaudadoras y pagadoras, y la forma en que la entidad administradora del Fondo efectuará las transferencias de los recursos a las entidades pagadoras.

d) Las entidades pagadoras deberán rendir mensualmente a la entidad administradora los recursos recibidos para el pago de los subsidios, de conformidad con las normas que fije la Superintendencia de Seguridad Social para estos efectos. Las entidades pagadoras deberán llevar un registro de los días autorizados y pagados a cada trabajador o trabajadora.

e) La entidad administradora del Fondo, al cierre de cada mes, informará a la Superintendencia de Seguridad Social los ingresos totales del Fondo, incluidas la información de las cotizaciones recibidas y los pagos efectuados. La información consolidada del Fondo será de carácter público y se difundirá a través del sitio web de la entidad administradora. Esta información también se publicará en el sitio web de la Superintendencia de Seguridad Social, cuando se encuentre aprobada por ella.

Artículo 39.- Gastos de administración. Los gastos de administración de las instituciones y entidades que participan de la recaudación de las cotizaciones, del pago de los subsidios, de la gestión, administración y fiscalización del Seguro no podrán exceder, en conjunto, del 8% de las cotizaciones recaudadas en cada año.

Un reglamento del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, suscrito por el Ministro o Ministra de Hacienda, establecerá los factores y los mecanismos para determinar la asignación de los gastos de administración del Seguro.

Por resolución anual de la Superintendencia de Seguridad Social, visada por la Dirección de Presupuestos, se establecerán los montos asignados para los gastos de administración entre las instituciones y entidades participantes de la gestión, administración y fiscalización del Seguro.

Artículo 40.- Regla de sustentabilidad del Fondo. El valor total de los beneficios a pagar con cargo al Fondo en un mes determinado no podrá exceder el 16% del valor acumulado en el Fondo al último día del mes anterior.

Si el valor total de los beneficios a pagar en el mes, con cargo al Fondo, excediere el monto indicado en el inciso anterior, el beneficio a pagar a cada afiliado se disminuirá proporcionalmente conforme al valor total de beneficios que pueda financiar el Fondo de acuerdo al inciso precedente. En estos casos la Superintendencia de Seguridad Social determinará la rebaja y los montos finales que se pagarán a cada beneficiario por concepto de subsidios.

Artículo 41.- Estudio actuarial. La Dirección de Presupuestos y la Superintendencia de Seguridad Social deberán realizar o encargar la elaboración, cada cinco años, de un estudio actuarial que permita evaluar la sustentabilidad del Fondo. Asimismo, este estudio deberá realizarse cada vez que se proponga una modificación legal a las prestaciones otorgadas por el Seguro, a sus condiciones de acceso o a cualquier variable que afecte los ingresos o gastos esperados del Fondo. Dicho estudio deberá, a lo menos, considerar un análisis sobre el efecto de la modificación en los ingresos y gastos del Fondo. Los resultados del estudio actuarial serán públicos.

TÍTULO CUARTO DE LAS FACULTADES DE LA SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL Y DE LAS SANCIONES PENALES

Artículo 42.- Funciones y atribuciones de la Superintendencia de Seguridad Social. La Superintendencia de Seguridad Social ejercerá las funciones y atribuciones de supervigilancia, control, regulación, fiscalización y sanción respecto del Seguro. Para estos efectos, la Superintendencia estará investida de las mismas facultades que su normativa legal le otorgue respecto de los organismos sometidos a su fiscalización.

En el ejercicio de estas funciones y atribuciones, la Superintendencia de Seguridad Social podrá dictar normas e instrucciones que serán obligatorias para todas las instituciones o entidades que participen en la gestión del Seguro, en la recaudación de las cotizaciones, en la calificación de las contingencias y en el otorgamiento y pago de sus beneficios.

Artículo 43.- De las apelaciones y reclamaciones. Corresponderá a la Superintendencia de Seguridad Social resolver las apelaciones efectuadas en contra de las resoluciones emitidas por las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez.

El trabajador o trabajadora podrá recurrir a la Superintendencia de Seguridad Social cuando estime que el rechazo o modificación de la licencia médica fue injustificado o cuando las prestaciones pecuniarias que recibe son menores a las que le corresponden. El reclamo deberá presentarse, preferentemente, en forma electrónica, señalando sus fundamentos, dentro de los treinta días hábiles siguientes a la notificación del rechazo o modificación de la licencia médica o del pago de la prestación pecuniaria, según corresponda.

La Superintendencia de Seguridad Social conocerá del reclamo y resolverá las apelaciones en única instancia, para lo cual tendrá acceso directo a toda la información que sea necesaria para el otorgamiento del permiso y del subsidio establecidos en esta ley y podrá requerir informe a las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez, a las Mutualidades de Empleadores y al Instituto de Seguridad Laboral, según corresponda, organismos que deberán emitir sus informes, a más tardar, dentro de los cinco días hábiles siguientes al requerimiento.

Artículo 44.- Sanciones penales. Todo aquel que con el objeto de percibir beneficios indebidos del Seguro para sí o para terceros proporcione, declare o entregue a sabiendas datos o antecedentes falsos, incompletos o erróneos, será sancionado con las penas establecidas en el artículo 467 del Código Penal.

Sin perjuicio de las penas aplicadas en conformidad al inciso precedente, el infractor deberá restituir al Fondo las sumas indebidamente percibidas, reajustadas en conformidad a la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor determinado por el Instituto Nacional de Estadísticas o el organismo que lo reemplace, entre el mes anterior a aquél en que se percibieron dichas sumas y el que antecede a la restitución. Las cantidades así reajustadas devengarán además el interés penal mensual establecido en el artículo 53 del Código Tributario.

La responsabilidad de realizar las gestiones necesarias para la restitución de las sumas indebidamente percibidas corresponderá a las entidades pagadoras, sin perjuicio de las facultades de la Superintendencia de Seguridad Social.

Artículo 45.- Sanciones por otorgamiento de certificaciones médicas sin fundamento. En caso que el profesional médico que certifique la condición de gravedad del niño o niña lo haga con evidente ausencia de fundamento médico, la Superintendencia de Seguridad Social, de oficio o mediante denuncia del empleador del beneficiario o de las entidades recaudadoras, podrá, si existe mérito para ello, iniciar una investigación, siendo aplicable lo dispuesto en el artículo 5° de la ley N° 20.585. Las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez tendrán, para este caso, las facultades señaladas en el artículo 2° de la citada ley N° 20.585.

Artículo 46.- Sanciones por conflicto de interés y uso de información privilegiada. Se aplicarán las penas de presidio menor en su grado medio a presidio mayor en su grado mínimo, a los directores, gerentes, apoderados, liquidadores, operadores de mesa de dinero y trabajadores de la entidad administradora del Fondo, que en razón de su cargo y posición y valiéndose de información privilegiada de aquella que trata el Título XXI de la ley N° 18.045:

a) Ejecuten un acto, por sí o por intermedio de otras personas, con el objeto de obtener un beneficio pecuniario para sí o para otros, mediante cualquier operación o transacción de valores de oferta pública.

b) Divulguen información privilegiada relativa a las decisiones de inversión del Fondo a personas distintas de las encargadas de efectuar las operaciones de adquisición y enajenación de valores de oferta pública por cuenta o en representación del Fondo.

Artículo segundo.- Reemplázase el artículo 199 bis del Código del Trabajo, por el siguiente:

“Artículo 199 bis.- Cuando la salud de un niño o niña mayor de un año y menor de dieciocho años de edad requiera el cuidado personal de su padre o madre con motivo de un accidente grave o de una enfermedad grave, aguda y con riesgo de muerte, tanto el padre como la madre trabajadores tendrán derecho a un permiso para ausentarse de su trabajo por el número de horas equivalentes a diez

jornadas ordinarias de trabajo al año, distribuidas a elección del trabajador o trabajadora en jornadas completas, parciales o combinación de ambas, las que se considerarán como trabajadas para todos los efectos legales. El accidente o la enfermedad deberán ser acreditados mediante certificado otorgado por el médico que tenga a su cargo la atención del niño o niña.

Si el padre y la madre son trabajadores podrán usar este permiso conjunta o separadamente.

Cuando el cuidado personal del niño o niña lo tenga un tercero distinto del padre o la madre, otorgado por resolución judicial, sólo éste podrá hacer uso del permiso, en los mismos términos que el padre o la madre.

Cuando el o la cónyuge, el o la conviviente civil o el padre o la madre del trabajador o trabajadora estén desahuciados o en estado terminal, el trabajador o la trabajadora podrá ejercer el derecho establecido en el inciso primero de este artículo, debiendo acreditarse esta circunstancia mediante certificado médico.

El tiempo no trabajado deberá ser restituido por el trabajador o trabajadora mediante imputación a su próximo feriado anual o laborando horas extraordinarias o a través de cualquier forma que convengan libremente las partes. En estos casos se aplicará lo dispuesto en el inciso final del artículo 32 y no se considerará el límite del inciso primero del artículo 31. Sin embargo, tratándose de trabajadores regidos por estatutos que contemplen la concesión de días administrativos, en primer lugar, el trabajador deberá hacer uso de ellos, luego podrá imputar el tiempo que debe reponer a su próximo feriado anual o a días administrativos del año siguiente al uso del permiso a que se refiere este artículo o a horas extraordinarias.

Asimismo, el trabajador y el empleador podrán utilizar y convenir directamente los mecanismos señalados en el artículo 375 y 376 de este Código para restituir y compensar el tiempo no trabajado.

En el evento de no ser posible aplicar los mecanismos señalados en los incisos anteriores se podrá descontar el tiempo equivalente al permiso obtenido de las remuneraciones mensuales del trabajador, en forma de un día por mes, lo

que podrá fraccionarse según sea el sistema de pago, o en forma íntegra si el trabajador cesare en su trabajo por cualquier causa.

Iguales derechos y mecanismos de restitución serán aplicables a los padres, a la persona que tenga su cuidado personal o sea cuidador en los términos establecidos en la letra d) del artículo 6° de la ley N° 20.422, de un menor con discapacidad, debidamente inscrito en el Registro Nacional de la Discapacidad, o siendo menor de seis años, con la determinación diagnóstica del médico tratante.

Lo dispuesto en el inciso precedente se aplicará, en iguales términos, tratándose de personas mayores de dieciocho años con discapacidad mental, por causa psíquica o intelectual, multidéficit, o bien, presenten dependencia severa.

La solicitud del permiso deberá formalizarse mediante cualquier medio escrito de comunicación interna de la empresa, ya sea físico o electrónico, acompañando el certificado médico correspondiente. Cumpliéndose los requisitos establecidos en este artículo, el empleador no podrá negarse a otorgar el permiso.

En todo caso, de la ausencia al trabajo se deberá dar aviso al empleador dentro de las 24 horas siguientes al ejercicio del derecho.”.

ARTÍCULOS TRANSITORIOS

Artículo primero.- La presente ley entrará en vigencia a partir de su publicación en el Diario Oficial, sin perjuicio de las reglas especiales que se establecen en los artículos siguientes.

Artículo segundo.- A partir del 1 de diciembre de 2017, tendrán cobertura de este Seguro la contingencia señalada en la letra a) del artículo 7° y los tratamientos destinados al alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado indicados en la letra b) del artículo 10, ambos establecidos en el artículo primero de esta ley.

A partir del 1 de abril de 2018, tendrá cobertura de este Seguro la contingencia señalada en la letra b) del artículo 7º, establecido en el artículo primero de la presente ley.

A partir del 1 de diciembre de 2018, tendrá cobertura de este Seguro la contingencia señalada en la letra c) del artículo 7º, establecido en el artículo primero de la presente ley.

A partir del 1 de diciembre de 2020, tendrá cobertura de este Seguro la contingencia señalada en la letra d) del artículo 7º, establecido en el artículo primero de la presente ley.

Artículo tercero.- Los artículos 31 y 37, ambos contenidos en el artículo primero de la presente ley, entrarán en vigencia dentro de los noventa días siguientes a la constitución de la entidad administradora del Fondo señalada en el Párrafo tercero del Título Tercero, también contemplado en el artículo primero de esta ley.

En tanto se constituya e inicie sus operaciones la entidad administradora del Fondo, las funciones que señala el artículo 38 contenido en el artículo primero de la presente ley serán cumplidas por las entidades recaudadoras bajo las instrucciones que para este efecto les imparta la Superintendencia de Seguridad Social. Asimismo, respecto de las materias señaladas en los ya citados artículos 31 y 37 regirán las normas establecidas en el artículo 5 de la ley N° 21.010 y las instrucciones impartidas por la Superintendencia de Seguridad Social.

Artículo cuarto.- La primera licitación para la adjudicación del servicio de la entidad administradora del Fondo será convocada por la Superintendencia de Seguridad Social dentro de los seis meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley.

Artículo quinto.- Una vez que la entidad administradora entre en operaciones, las entidades recaudadoras deberán efectuar el traspaso de los recursos del Fondo que cada una de ellas administre, en forma pormenorizada, acompañado de un informe de los ingresos, egresos y operaciones del período, según las instrucciones y en los plazos que señale la Superintendencia de Seguridad Social para estos efectos.

Artículo sexto.- Si para el cumplimiento de los requisitos establecidos en los artículos 5° y 6°, ambos establecidos en el artículo primero de esta ley, se requiere considerar meses anteriores a abril de 2017, se entenderán cumplidos para cada mes, si el trabajador o trabajadora registra pago de cotizaciones previsionales a las que haya estado obligado, según corresponda.

Artículo séptimo.- Durante el primer año de cobertura del Seguro, el proceso de calificación a que se refiere el artículo 21 establecido en el artículo primero de la presente ley corresponderá a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez de la Región Metropolitana. Para tales efectos, las respectivas Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez receptoras deberán remitirle a la referida Comisión la totalidad de la documentación necesaria para su pronunciamiento.

Durante este mismo período y para efectos de esta ley, la licencia médica podrá ser reemplazada por un formulario que al efecto elabore la Superintendencia de Seguridad Social, en consulta al Ministerio de Salud.

Asimismo, durante el primer año de cobertura del Seguro y en tanto no se encuentre operativo el sistema electrónico de consulta en línea contemplado en el inciso segundo del artículo 21, ya citado, para la verificación de los requisitos señalados en los artículos 5° y 6°, ambos establecidos en el artículo primero de esta ley, las o los beneficiarios deberán acompañar a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, los certificados y documentos que den cuenta de su cumplimiento.

Artículo octavo.- La regla contenida en el artículo 40, establecido en el artículo primero de la presente ley, será aplicable veinticuatro meses después del inicio de la primera contingencia cubierta por el Seguro que crea esta ley.

Artículo noveno.- El primer estudio actuarial señalado en el artículo 41, establecido en el artículo primero de la presente ley, deberá ser publicado dentro de los veinticuatro meses siguientes a la entrada en vigencia de esta ley.

Artículo décimo.- La cotización indicada en la letra a) del artículo 24, contemplado en el artículo primero de la presente ley, será implementada en la forma establecida en el artículo segundo transitorio de la ley N° 21.010.

Artículo undécimo.- El primer estudio actuarial para evaluar la sustentabilidad del Fondo, de acuerdo a lo establecido en el artículo 41 contemplado en el artículo primero de la presente ley, deberá ser remitido durante el mes de diciembre del año 2021, a las o a los Ministros de Hacienda y de Trabajo y Previsión Social, al Senado y a la Cámara de Diputados, y será publicado en el sitio web de la Dirección de Presupuestos y de la Superintendencia de Seguridad Social.

Artículo duodécimo.- En el mes de diciembre del año 2022, los Ministerios del Trabajo y Previsión Social y de Hacienda deberán presentar conjuntamente un informe de evaluación de la implementación del seguro para el acompañamiento de niños y niñas creado en el artículo primero de esta ley. Este informe deberá considerar como insumo el estudio actuarial sobre sustentabilidad del Fondo, evaluar el impacto del seguro y formular una propuesta sobre el aumento de las contingencias protegidas, de la tasa de cotización y de la duración de los permisos, en caso que los antecedentes así lo justifiquen. Este informe será remitido al Senado y a la Cámara de Diputados. Asimismo será publicado en el sitio web de los ministerios citados.”.

Hago presente a Vuestra Excelencia que este proyecto de ley fue aprobado, en general, con el voto favorable de 28 senadores, de un total de 37 en ejercicio.

En particular, artículos 1° a 30 y el artículo 40, todos contenidos en el artículo primero permanente, y los artículos segundo, tercero, sexto, séptimo, octavo y décimo transitorios de la iniciativa legal fueron aprobados por 27 votos a favor, de un total de 37 senadores en ejercicio, dándose así cumplimiento a lo dispuesto en el inciso tercero del artículo 66 de la Constitución Política de la República.

Dios guarde a Vuestra Excelencia.

GUIDO GIRARDI LAVÍN
Vicepresidente del Senado

MARIO LABBÉ ARANEDA
Secretario General del Senado