SE APRUEBA PARA EL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL, DOCUMENTO "PROCEDIMIENTO GESTIÓN DE FINANCIAMIENTO Y REEMBOLSOS DE TRASLADOS Y ESTADIAS PARA SOLICITANTES DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL PILAR SOLIDARIO".

RESOLUCIÓN EXENTA Nº 176

SANTIAGO, 28 MAR 2017

V I S T O S:

1.- La Ley N° 20.255, de Reforma Previsional, que establece la nueva Institucionalidad Pública para el Sistema de Previsión Social y crea entre sus órganos, el Instituto de Previsión Social determinando sus funciones y atribuciones; y el D.F.L. N° 4, de 2009, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social que fija la Planta de Personal y fecha de iniciación de actividades de este Instituto.

2.- El D.F.L.N°1/19.653, de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fijó el texto refundido, coordinado y sistematizado, de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado.

3.- La Ley N° 19.880, de Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado.

4.- El artículo 11°, del D.L. N°3500 de 1980, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que establece la obligación del Instituto de Previsión Social, de contribuir en el financiamiento de los gastos administrativos incurridos por las Comisiones Médicas Regionales y Central, para la calificación de la invalidez de los solicitantes de Pensión Básica Solidaria de Invalidez.

5.- El D.F.L. N° 278, de 1960, del Ministerio de Hacienda; el D.L. Nº 49, de 1973; el D.F.L. N° 17, de 1989, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social; la Resolución N° 1600, de 2008, de la Contraloría General de la República, que fijó las normas sobre exención del trámite de toma de razón; y las facultades que me concede el artículo 57º, de la Ley Nº 20.255.

CONSIDERANDO:

1.- Que, resulta necesario definir el procedimiento a aplicar cuando concurre la obligación del Instituto de Previsión Social de cubrir los gastos de traslados, hospedaje y alimentación de los usuarios cuando estos solicitan el beneficio de Pensión Básica Solidaria de Invalidez y Aporte Previsional Solidario e Invalidez de pensiones por sobrevivencia (oficio N°18.100, de 25.07.2013, de la Superintendencia de Pensiones), por lo que deben ser sometidos a evaluación médica por las Comisiones Médicas Regionales y/o Comisión Médica Central, en particular, para aquellos solicitantes que deben someterse a exámenes médicos o evaluación médica en un lugar distinto al de su residencia, con el objeto de determinar el grado de invalidez.

2.- Que, para la aplicación general y obligatoria del citado procedimiento, el Departamento Canal de Atención Presencial dependiente de la Subdirección de Servicios al Cliente, ha elaborado el proyecto de "Procedimiento Gestión de Financiamiento y Reembolsos de Traslados y Estadías para Solicitantes de Calificación de Invalidez del Pilar Solidario", cuyo texto fue revisado por el Subdepartamento Generación del Conocimiento de la citada Subdirección.

3.- Que, por Oficio Ordinario N° 43406/484-17, de 02 de marzo de 2017, la División Jurídica del Instituto, emite informe de aprobación legal del procedimiento de la especie, estableciendo la procedencia de dictar la correspondiente resolución aprobatoria por el Departamento de Transparencia y Documentación.

RESUELVO:

1.- Apruébase para el Instituto de Previsión Social, el **"Procedimiento Gestión de Financiamiento y Reembolsos de Traslados y Estadías para Solicitantes de Calificación de Invalidez del Pilar Solidario"**, que consta de veintitrés (23) páginas, que se adjunta como parte integrante de la presente Resolución Exenta, con aprobación legal de la División Jurídica de 02 de marzo de 2017, cuyo objetivo es definir el procedimiento a aplicar cuando concurre la obligación del Instituto de Previsión Social de contribuir en el financiamiento de los gastos administrativos de las Comisiones Médicas Regionales y/o Comisión Médica Central, y de los exámenes ordenados por dichas comisiones para la calificación del grado de invalidez de los solicitantes de Pensión Básica Solidaria de Invalidez y Aporte Previsional Solidario e Invalidez de pensiones por sobrevivencia.

2.- Publíquese el documento que se aprueba por el presente acto administrativo, en el ambiente "Procedimientos Institucionales", de la Intranet del IPS.

3.- Cúmplase con lo dispuesto en el artículo 48°, de la Ley N°19.880, citada en Vistos N°3 Y en el Instructivo Presidencial Gab. Pres. N°008, de 04 de diciembre de 2006, complementado por Circular Conjunta N°3, de 05 de enero de 2007, del Ministerio del Interior y Ministerio de Hacienda, en orden a publicar el extracto del presente acto administrativo en el Diario Oficial y texto completo del mismo en el Banner "Gobierno Transparente".

Notifíquese, regístrese y distribúyase por Departamento de Transparencia y Documentación, a las Jefaturas de las unidades incluidas en la Distribución de la presente Resolución.

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
DIRECTOR NACIONAL

PATRICIO CORONADO ROJO
DIRECTOR NACIONAL
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

DISTRIBUCION:
- Gabinete Dirección Nacional
- Subdirección de Servicios al Cliente
- Subdirección de Sistema de Información y de Administración
- División Jurídica
- División Contraloría Interna
- División Canales de Atención a Clientes
- División Planificación y Desarrollo
- División Beneficios
- Departamento Auditoría Interna
- Departamento Comunicaciones
- Departamento de Transparencia y Documentación
- Departamento de Finanzas
- Departamento Administración e Inmobiliaria
- Departamento de Personas
- Departamento Cobranza Institucional
- A los Directores Regionales IPS, quienes deberán comunicar el presente instrumento a los Centros de Atención Previsional Integral y Centros de Atención de su dependencia
- Unidad Apoyo Documental de la División Jurídica

JJGH/RMB/MVEW/NCR/MEGA/RPY/MRC/mrc

"Procedimiento Gestión de Financiamiento y Reembolsos de Traslados y Estadías para solicitantes de Calificación de Invalidez del Pilar Solidario".

III- (FOLIO DTD 3575-153)

PROCEDIMIENTO
GESTION DE FINANCIAMIENTO Y REEMBOLSOS DE TRASLADOS Y ESTADIAS PARA SOLICITANTES DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL PILAR SOLIDARIO

CONTROL DE CAMBIOS

Fecha	Versión	Página	Numeración del contenido	Cambio Efectuado
				JAV: - Modifica punto 6.5 Aspecto Contable - Modifica denominación Sucursales por Centros de Atención Previsional Integral, de acuerdo a Oficio N° 45656/4620-16 DEL 02-12-2016.
01/10/2015		Todas		CCP, MZA: Complementa objetivos, definiciones, responsabilidades y modifica requisitos. Se agrega punto 6.4 TRASLADO DESDE REGIONES A LA REGIÓN METROPOLITANA y Anexo 6 "PASE DE TRASLADO A LA R.M. JAV: Revisión texto completo. Introduce concepto APSV, se amplían fuentes legales, se modifica denominación unidades y aspectos relacionados con el punto 6.3 "Contratación de Servicios"
29/10/2010	2	Todas		RMM Cambio de formato en encabezado identificando responsable de acuerdo a Resolución Nº 15.
05/12/2008	1			Original

NOTA:
El uso de un lenguaje que no discrimine ni marque diferencias entre hombres y mujeres, ha sido una preocupación en la elaboración de este documento. Sin embargo, y con el fin de evitar la sobrecarga gráfica que supondría utilizar en español o/a para marcar la existencia de ambos sexos, se ha optado por utilizar el masculino genérico, en el entendido de que todas las menciones en tal género, representan siempre a todos/as, hombres y mujeres, abarcando claramente ambos sexos.

INDICE

1. **OBJETIVO** 4
2. **ALCANCE** 4
3. **DOCUMENTOS RELACIONADOS** 4
4. **DEFINICIONES** 5
   - 4.1 PENSIÓN BÁSIVA SOLIDARIA DE INVALIDEZ 5
   - 4.2 APORTE PREVISIONAL SOLIDARIO DE INVALIDEZ 5
   - 4.3 EVALUACIÓN, CALIFICACIÓN Y REEVALUACIÓN DEL GRADO DE INVALIDEZ 6
   - 4.4 FECHA INICIO BENEFICIO 6
   - 4.5 TRASLADOS 6
   - 4.6 ALOJAMIENTO 6
   - 4.7 ALIMENTACIÓN 6
5. **RESPONSABILIDADES** 7
   - 5.1 COMISIÓN MEDICA REGIONAL 7
   - 5.2 ENCARGADO CENTRO DE ATENCIÓN CABECERA DE REGIÓN 8
   - 5.3 JEFE DE FINANZAS CENTRO DE ATENCIÓN 8
   - 5.4 JEFE CENTRO DE ATENCIÓN 8
   - 5.5 SOLICITANTE DE PBSI O APSI- DE PENSIÓN POR SOBREVIVENCIA (NO POR INVALIDEZ), Y ACOMPAÑANTE RESPONSABLE 8
6. **DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**
   - 6.1 GENERALIDADES 8
   - 6.2 ROL ENCARGADO PBSI DE CENTRO DE ATENCIÓN CABECERA DE REGIÓN 10
   - 6.3 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS 11
   - 6.4 TRASLADOS DESDE REGIONES A LA REGIÓN METROPOLITANA 12
   - 6.5 ASPECTO CONTABLE DEL GASTO DE TRASLADO, HOSPEDAJE Y ALIMENTACIÓN DEL PBSI 13
7. **INDICADORES DE GESTIÓN** 17
8. **CONTROL REGISTROS** 17
9. **ANEXOS** 17
   - 9.1 ANEXO 1 ORDEN DE ATENCIÓN MÉDICA 18
   - 9.2 ANEXO 2 ORDEN DE TRASLADO A SANTIAGO POR RECLAMO DE DICTAMEN CMR 19
   - 9.3 ANEXO 3 ACTA DE ENTREGA DE DOCUMENTOS DE TRASLADO, HOSPEDAJE Y ALIMENTACIÓN 20
   - 9.4 ANEXO PLANILLA DE GASTOS DE TRASLADO, HOSPEDAJE Y ALIMENTACIÓN 21
   - 9.5 ANEXO 5 INSTRUCTIVO PARA EL BENEFICIARIO 22
   - 9.6 ANEXO 6 PASE DE TRASLADO A LA R.M. 23

1. OBJETIVO

Este documento tiene por finalidad definir el procedimiento a aplicar cuando concurre la obligación por parte del IPS de cubrir los gastos de traslados, hospedaje y alimentación de los usuarios, cuando estos solicitan el beneficio de Pensión Básica Solidaria de Invalidez y Aporte Previsional Solidario de Invalidez de pensiones por sobrevivencia (of. N° 18.100, de 25.07.2013, de S.P.), por lo que deben ser sometidos a evaluación médica por las Comisiones Médicas Regionales y/o Comisión Médica Central, en particular, para aquellos usuarios que deben someterse a exámenes médicos o evaluación médica en un lugar distinto al de su residencia, con el objeto de determinar el grado de invalidez.

En este contexto, los gastos de traslado y estadía de un solicitante de invalidez del Pilar Solidario, dentro o fuera de los límites territoriales de la región, son siempre de cargo del IPS, ya que estos solicitantes son considerados en el tramo A de Fonasa, es decir, beneficiarios que pagan el 0% de copago de esas prestaciones, lo que implica que para estos efectos, son acreedores del financiamiento integro de los gastos de traslado, estadía y evaluación médica de su estado invalidez.

Si el estado de salud del solicitante lo amerita, deberá considerarse para estos efectos el derecho a un acompañante, lo que siempre debe determinar y documentar la respectiva Comisión Médica.

2. ALCANCE

En este procedimiento intervienen los siguientes actores:

- Centros de Atención Previsional Integral cabeceras de Región, que se relacionan con las Comisiones Médicas Regionales y/o Comisión Médica Central.
- Centros de Atención Previsional Integral

3. DOCUMENTOS RELACIONADOS

3.1 INSTRUCTIVOS, PROCEDIMIENTOS

- Pensión Básica Solidaria de Invalidez
- Aporte Previsional Solidario de Invalidez

3.2 FUENTES LEGALES

- Título I y artículo noveno transitorio de la Ley Nº 20.255 Sistema Pensiones Solidarias.

- Art. 11 del D.L. N° 3.500, de 1980 y su reglamento el D.S. N° 57, de 1990, de Previsión Social.

- Reglamento contenido en el D.S Nº 23, de 19 de mayo de 2008, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

- Circular Nº1302, de la SAFP, hoy Superintendencia de Pensiones.

- Circular Nº1510, de 27 de junio de 2008, de la SAFP, hoy Superintendencia de Pensiones.

- Libro III, Título I, Letra D, Capítulo III Calificación de Invalidez, Compendio de Normas de la Superintendencia de Pensiones.

4. DEFINICIONES

4.1 PENSIÓN BÁSICA SOLIDARIA DE INVALIDEZ (PBS de Invalidez)

Es el beneficio financiado por el Estado al que podrán acceder las personas declaradas inválidas que no tengan derecho a pensión en algún régimen previsional ya sea como titulares o como beneficiarios de pensión de sobrevivencia y que reúnan los requisitos de edad, focalización y residencia que señala la Ley No 20.255.

La pensión básica de invalidez sólo es compatible con las pensiones otorgadas por las Leyes Nos 18.056, 19.123, 19.234, 19.980, y 19.992, siempre que éstas sean de monto inferior a la pensión básica de invalidez, en cuyo caso el beneficiario percibe el monto de la PBS de invalidez menos el monto de las pensiones que perciba en virtud de las leyes antes señaladas.

4.2 APORTE PREVISIONAL SOLIDARIO DE INVALIDEZ

El Aporte Previsional Solidario de Invalidez, es un beneficio monetario financiado por el Estado al que podrán acceder las personas declaradas inválidas que tengan una pensión base mayor que cero e inferior a la PBS de invalidez **(A Julio 2015 $ 89.764**) y reúnan los requisitos de edad, focalización y residencia que señala la Ley N° 20.255.

No obstante, pensiones con saldo cero posteriores al 01-07-2008 dan derecho a APSI según instrucciones de la Superintendencia de Pensiones contenidas en el oficio N° 38.350, de 30.12.2010.

Los montos históricos y actualizados de PBS se encuentran disponibles en la Cartilla de Montos PBS. **Monto Pensiones Básicas Solidarias**

4.3 EVALUACIÓN, CALIFICACIÓN Y REEVALUACIÓN DEL GRADO DE INVALIDEZ

Procedimiento médico administrativo que deben efectuar las Comisiones Médicas establecidas en el D.L. Nº 3.500, de 1980, con la finalidad de verificar si los potenciales beneficiarios de Pensión Básica Solidaria de Invalidez, y Aporte Previsional Solidario de Invalidez en caso de pensiones por sobrevivencia (que no lo sean por invalidez), cumplen los requisitos establecidos para tal efecto en la normativa vigente y cuyo pronunciamiento debe quedar contenido en un Dictamen o Resolución de Invalidez.

4.4 FECHA INICIO BENEFICIO (DEVENGAMIENTO)

El beneficio se devengará, desde el primer día del mes en que fue presentada la solicitud o desde el día de cumplimiento de los 18 años de edad, según cual sea posterior, hasta el último día del mes en que el beneficiario cumpla 65 años de edad. A contar de esa fecha, podrá acceder a la Pensión Básica Solidaria de Vejez.

4.5 TRASLADOS

Todo Aquel que sea requerido para el cumplimiento de la evaluación y dictamen de la Comisión Médica Regional, el que puede ser solicitado por dicho organismo o el beneficiario adjuntando la respectiva orden de la Comisión Médica, incluye el pago desde la salida de su lugar de residencia hasta la vuelta a ella.

4.6 ALOJAMIENTO

Lo necesario para que el beneficiario pueda permanecer mientras dure la evaluación, de preferencia en lugares cercanos a los centros médicos donde se evalúan los pacientes.

4.7 ALIMENTACIÓN

Debe ser contratada, de preferencia, en los mismos lugares en los que se da alojamiento. Sin perjuicio de que no existe en las normas una banda de precios reembolsable o financiado por esta causa, debe consistir en un menú promedio, equivalente al de mediana consistencia, ponderado de acuerdo al sentido común del hombre medio. En este sentido, el Centro de Atención no puede fijar de antemano bandas de precios, sino que ponderar caso a caso la envergadura de la alimentación requerida o contratada por el paciente y su acompañante, si procede. Debe ser contratada, de preferencia, en los mismos lugares en los que se da alojamiento.

5. RESPONSABILIDADES

5.1 COMISIÓN MÉDICA REGIONAL

Será la encargada de determinar la necesidad de someter al solicitante de PBSI y APSI de pensiones por sobrevivencia (no por invalidez) a exámenes o evaluaciones en un lugar distinto al de residencia habitual. A la vez, será quien emita una orden de traslado detallada (Anexo 1 Orden de Traslado) con horas de atenciones solicitadas, en lugares determinados, para enviar al Encargado de los traslados del Centro de Atención IPS Cabecera de Región, en un plazo no superior a 48 horas.

5.2 ENCARGADO CENTRO DE ATENCIÓN CABECERA DE REGIÓN DEL FONDO A RENDIR

Es el responsable de recepcionar la Orden de traslado detallada emitida y enviada por la Comisión Médica Regional derivar y/o proceder a tramitar, en un plazo no superior a 48 horas contado desde su recepción, el traslado, alojamiento y alimentación, de ser necesarios, del solicitante y acompañante, para la atención médica requerida.

Sólo muy excepcionalmente y cuando proceda fundadamente la falta de comprobante del gasto, el encargado deberá llenar –bajo su responsabilidad- el formulario de gasto menor, adjuntado un documento de respaldo por ejemplo, Citación Médica.

En general, para los efectos de financiar adecuadamente los traslados, estadía y alimentación del paciente y su acompañante cuando procede, el Encargado del Centro de Atención Cabecera de Región recibirá un Fondo a Rendir para financiar los gastos, el cual tendrá un tope 4 UTM. A su vez, será responsable de confeccionar la rendición del Fondo a Rendir en la forma y plazos establecidos en el Instructivo respectivo, disponible en la Biblioteca de Canales de Atención.

Para aquellos casos en que se deba financiar pasaje aéreo u otro, hospedaje y alimentación, cuyos montos por separado superen 4 UTM, el financiamiento se hará según procedimiento vigente que solo admite reembolso de gastos efectuados, contra boleta, factura u otro comprobante de gasto.

El Centro de Atención Cabecera de Región tendrá un encargado responsable de recepcionar, derivar y/o tramitar e informar al solicitante del procedimiento, fechas y lugares en que se llevará a efecto la evaluación, además de ser el encargado del fondo a rendir.

5.3 JEFE FINANZAS CENTRO DE ATENCIÓN

Será el encargado de revisar y firmar la documentación contable (comprobantes de ingreso, egreso y traspaso) emitida en el Centro de Atención y la documentación administrativa referida al registro financiero contable que constituye la rendición del Fondo a Rendir

5.4 JEFE CENTRO DE ATENCIÓN

Debe verificar que la rendición contenga la firma del Jefe de Finanzas, es responsable que las rendiciones sean confeccionadas en los plazos establecidos, consignando su Vº Bº en señal de conformidad, además de verificar y autorizar, comprobante de gasto menor cuando no exista respaldo.

Además, será el encargado de solicitar el Fondo a Rendir asignado para gastos con tope de 4 UTM.

5.5 SOLICITANTE DE PBSI O APSI- DE PENSIÓN POR SOBREVIVENCIA (NO POR INVALIDEZ), Y ACOMPAÑANTE RESPONSABLE

Serán quienes usufructúen de los gastos de traslado, hospedaje, alimentación que financiará el encargado del Centro de Atención. Además, y en el caso de corresponder, será quien perciba el reembolso por los gastos realizados, previa entrega de la documentación respectiva.

6 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

6.1 GENERALIDADES

Cuando la Comisión Médica Regional determine que el solicitante de la PBSI necesita de una evaluación (examen o evaluación médica), emitirá una Orden de Traslado detallada, previa confirmación de horas y lugares determinado para su ejecución, la que enviará al Centro de Atención Cabecera de Región.

La confirmación de las horas, deberá considerar a lo menos, 48 horas de traslado de la Orden de Atención al Centro de Atención del IPS, otras 48 horas de tramitación de los pasajes, estadía y alimentación, de ser necesario, en los lugares en que se efectuarán las evaluaciones y un día de traslado del solicitante y acompañante.

El Centro de Atención Cabecera de Región tendrá un encargado responsable de recepcionar, derivar y/o tramitar e informar al solicitante del procedimiento, fechas y lugares en que se llevará a efecto la evaluación, además de ser el encargado del fondo a rendir.

Para lo anterior, el encargado del Centro de Atención recepcionará la Orden de Traslado, derivará al Centro de Atención correspondiente y/o procederá a tramitar pasajes, alojamiento y alimentación, determinando los costos totales que tendrá la evaluación solicitada, para lo cual, comprará los pasajes y contratará el alojamiento y alimentación necesarios para la realización de la evaluación.

Cuando la coordinación esté resuelta, el encargado de la gestión respectiva informará personalmente al solicitante o a la persona responsable, sobre las fechas, horarios y lugares a los que deben concurrir, entregando el instructivo que se detalla en el anexo 5.

Materializado el gasto, el encargado deberá proceder a la rendición del fondo a más tardar el mismo día o el día hábil siguiente de efectuado el gasto cuando se disponga de la documentación respectiva considerando como respaldo el Anexo 9.4 acompañando la documentación original correspondiente a los comprobantes de boletas y facturas, y en el caso de los pasajes deberá adjuntar fotocopia de los mismos debidamente aprobados con el V° B° del Jefe del Centro de Atención.

En el evento que no exista un comprobante de gasto, el encargado deberá adjuntar a la rendición el Formulario de Gasto Menor, adjuntando los respaldos documentales que correspondan.

En caso que los gastos agoten el fondo de 4 UTM antes del último día del mes, el Encargado deberá solicitar la reposición de este, adjuntando la documentación de respaldo correspondiente.

El último día hábil de cada mes, el Encargado deberá hacer la rendición del Fondo, y en caso que tenga un saldo a favor de la Institución, deberá hacer devolución de dicho saldo en efectivo o mediante un depósito en la cuenta corriente del Centro de Atención, adjuntando la copia del comprobante respectivo.

Para todo lo anterior, es importante que en el respaldo del Egreso de Caja en el Área de Finanzas quede el respaldo completo:

- Copia de la Orden de Atención Médica emitida por la Comisión Médica Regional.

- Copia del Acta Entrega de Documentos de Traslado, Hospedaje y Alimentación.

- Planilla de Gastos de Traslado, Hospedaje y Alimentación, con su respectiva documentación de respaldo

En el evento que no exista un comprobante de gasto, el encargado deberá adjuntar a la rendición el Formulario de Gasto Menor, adjuntando los respaldos documentales que correspondan (ORDEN MEDICA, PASAJES ETC.)

6.2 ROL ENCARGADO PBSI CENTRO DE ATENCIÓN IPS CABECERA DE REGIÓN

Los Centros de Atención Cabeceras de Región deben cumplir estas responsabilidades de la forma más expedita y oportuna posible. Cualquier duda sobre la pertinencia de un gasto o su monto, debe ser consultado por los flujos de escalamiento existentes de acuerdo al modelo de atención.

Para los efectos anteriores, el Encargado PBSI de cada Centro de Atención Cabecera de Región deberá llevar un control de todos los traslados que se realizan, coordinando las respectivas modificaciones que sean necesarias para lograr que los solicitantes realicen en tiempo y forma los respectivos traslados ordenados por las Comisiones Médicas Regionales, haciendo presente que cualquier inconveniente que se presente que no pueda ser resuelto se escale al Nivel Central- Encargada(o) Nacional de coordinar esta materia, del Departamento Canal de Atención Presencial de la División Canales de Atención a Clientes.

Para efectuar el traslado, se requiere de los siguientes documentos de respaldo:

- Citación de la Comisión Médica Regional (CMR), mediante Oficio puede ser enviado directamente por dicho organismo o entregado por el interesado en el Centro de Atención respectivo de IPS, en cuyo caso debe comprobarse la efectividad de dicha citación.

- Para los traslados en vehículo especial, se requerirá de un Informe de la CMR o del médico tratante, fundando la necesidad de dicho vehículo o medio especial de transporte (ambulancia u otro).

La Comisión Médica Regional es la responsable de indicar en la respectiva orden que informa y fundamenta la necesidad del traslado, la necesidad de acompañante y traslado especial. Si aquello no ocurre, el encargado que corresponda del IPS deberá requerir directamente a la CMR que corresponda la complementación y fundamentación faltante.

6.3 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

Para la contratación de servicios de traslado, alimentación y hospedaje, el encargado deberá ceñirse a lo dispuesto en la Ley N° 19.886 de "Bases Sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios" y el Decreto Supremo 250 del 2004 de Hacienda que aprueba el reglamento de la Ley 19.886.

El Decreto Supremo N° 250 del 2004, de Hacienda, en su artículo 2, número 6 define el "Catalogo de Convenio Marco" como la lista de bienes y/o servicios y sus correspondientes condiciones de contratación, previamente licitados y adjudicados por la Dirección de Compras Públicas, y que están a disposición en el Sistema de Información y en el número 10 define a los Contratos de Servicio como "Aquél mediante el cual las entidades de la Administración Estado encomiendan a una persona natural o jurídica la ejecución de tareas, actividades o la elaboración de productos intangibles. Un contrato será considerado igualmente de servicios cuando el valor de los bienes que pudiese contener sean inferiores al cincuenta por ciento del valor total o estimado del contrato.

Debe tenerse presente que el artículo 8 del mencionado reglamento, establece las circunstancias en que procede la utilización de un Convenio Marco, sin importar el monto de las contrataciones, que el art. 14 dispone que cada Entidad está obligada a consultar el catálago, antes de proceder a llamar a una licitación pública, privada, o trato directo, y que el artículo 10 señala la que la licitación privada o el trato o contratación directa proceden, con carácter excepcional en las circunstancias que establece dicho artículo.

En todo caso, la Contratación de Servicios deberá regirse por el "MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ADQUISICIONES" del Instituto.

A modo de resumen, el procedimiento a aplicar para la contratación de los servicios antes citados, será el siguiente:

- En primer lugar, e independiente del monto, el Encargado deberá examinar "Catálogo de Convenios Marco" de la Dirección ChileCompras, y a efectuar, si es el caso, la contratación de suministros o servicios por medio de tales convenios, emitiendo directamente una orden de compras a través del Sistema de Información, excepto que el Encargado obtuviere por su cuenta condiciones más ventajosas referidas a situaciones objetivas y demostrables, tales como plazos de prestación del servicio o monto del gasto, situación que deberá ser informada a la Dirección ChileCompras.

- Sólo si no hay Convenio Marco relativo al servicio requerido, el Encargado deberá recurrir a la Licitación Pública.

- Podrá el Encargado no efectuar Licitación y acudir excepcionalmente al trato directo cuando se trate de emergencia, urgencia o imprevisto calificado mediante resolución fundada; o cuando exista un solo proveedor del servicio requerido, o cuando por la naturaleza de la negociación existan circunstancias o características del contrato que hagan del todo indispensable acudir a la contratación directa; o en las restantes circunstancias establecidas en el artículo 10 del Decreto 250.

- También el Encargado deberá tener presente que están excluidas del Sistema de Información, y pueden efectuarse fuera de este, las contrataciones **menores de 3 UTM**,

6.4 TRASLADOS DESDE REGIONES A LA REGIÓN METROPOLITANA

Para el traslado desde regiones a la Región Metropolitana, el Centro de Atención de origen es responsable de los gastos desde la casa habitación al terminal correspondiente (buses-aeropuerto) y viceversa desde el Terminal respectivo a su casa habitación.

El traslado desde el terminal correspondiente a la "Casa" HUÉSPED ITATA, ubicada en Itata N° 4157 Ñuñoa y desde la Casa HUÉSPED a las diferentes consultas médicas, son responsabilidad de la Oficina Central Pilar Solidario Departamento Atención Presencial, División Canales de Atención, para lo cual se debe agendar el traslado, alimentación y alojamiento por intermedio de un correo electrónico actualmente a [redacted] incluyendo siempre en la copia a [redacted] adjuntando la siguiente documentación:

- Pase de Traslado (anexo 9.6) debe ser complementado por el encargado de coordinar el traslado en el Centro de Atención, con la totalidad de los datos solicitado, que son imprescindible para realizar el traslado en forma óptima DATOS TITULAR DEL BENEFICIO; DATOS ACOMPAÑANTE DEL TITULAR BENEFICIO; DATOS PARA HACER EFECTIVO EL USO DEL BENEFICIO. Cabe señalar a modo de ejemplo que en DATOS TITULAR, se solicita identificar tipo de capacidad reducida, si tiene restricción de sal u otro antecedente médico relevante. En el pase de traslado se agrega la hoja 2 que se refiere a una encuesta que se debe realizar a posterior del traslado, sobre el comportamiento de la Empresa de Transportes, la que deberá ser remitida a las coordinadoras del traslado del nivel central a través de las direcciones de correo ya indicadas.

- Orden Médica donde la Comisión Médica Regional, detalla el traslado.
- Pasajes de venida a la Región Metropolitana y de regreso.
- Tener siempre la precaución de recibir copia de la agenda del traslado en forma correcta.
- Realizar la agenda con un plazo de "mínimo" de cuatro (4) días.
- Si en la Región Metropolitana se presentan beneficiarios que no cuenta con los medios económicos para trasladarse desde su casa habitación a la CMR, que se encuentra ubicada en Teatinos 449, 1er. piso, Santiago Centro, el Centro de Atención más cercano al domicilio es el responsable de efectuar el trámite, considerando que no debe quedar ningún solicitante sin efectuar su evaluación médica por no contar con los medios económicos para realizar el trámite.
- Cualquier contingencia debe ser alertada en forma inmediata con los encargados de agendar los traslados del Nivel Central.

6.5 ASPECTO CONTABLE DEL GASTO DE TRASLADO, HOSPEDAJE Y ALIMENTACIÒN DEL PBSI.

Este punto del instructivo tiene por objeto definir el procedimiento contable para registrar los Gastos de Traslados, Hospedaje y Alimentación del postulante a PBSI.

El financiamiento de estos gastos será a través de un Fondo a Rendir, para lo cual se deben aplicar las siguientes acciones:

a) El Fondo a Rendir se girará a nombre del Encargado de Centro de Atención de Fondo a Rendir.

b) El monto del Fondo a Rendir no deberá exceder a 4 UTM.

c) El registro contable del giro del Fondo a Rendir, se realizará de acuerdo a lo siguiente:

c.1) Entrega de Fondo a Rendir

Nº Operación : 1310 Bco. Estado – 1311 Bco. BBVA
Clase de Operación : FONDOAREN
Operación Contable : Suc. Entrega Fondo

Esta Operación es realizada por los Centros de Atención

COD. CONTR.	COD. SIGFE	SUB CUENTA	SUB CENTRO	DENOMINACION	R	DEBE	HABER	OBSERVACION
41301	11403	1166		FONDO A RENDIR GASTOS TRASLADO Y HOSPEDAJE PBSI	R	XXX		Monto del fondo entregado
21196	11101	1001		CAJA SUCURSALES			XXX	
21196	11102	1042		GIRADORA LOCAL BANCO ESTADO SUCURSALES			XXX	
21196	11103	1710		BANCO BBVA SUCURSALES			XXX	

Glosa: Nombre (Ap. Paterno, Ap. Materno, Nombres) y Rut del Funcionario, Concepto, Beneficiario.
Tipo Comprobante: Egreso.
Respaldo: Orden de pago directo.
Referencia: N° de operación del comprobante contable y Fecha (ddmmaaaa) donde se entregó el Fondo.

c.2) Rendición del Fondo a Rendir

Una vez realizadas las compras respectivas y los antecedentes que los sustenten, el Encargado del Centro de Atención deberá registrarlos en el Formulario N° 4 "PLANILLA DE GASTOS DE TRASLADO, HOSPEDAJE Y ALIMENTACION", los cuales se rendirán al Encargado de Finanzas a más tardar el mismo día o el día siguiente de cancelado el gasto.

- **Rendición del Fondo a Rendir con saldo a favor IPS**

N° Operación : 1312
Clase de Operación : FONDOAREN
Operación Contable : Suc. Rendición Fondo a Favor

Esta operación es realizada por los Centros de Atención

COD. CONTR.	COD. SIGFE	SUB CUENTA	SUB CENTRO	DENOMINACION	R	DEBE	HABER	OBSERVACION
21196	11101	1001		CAJA SUCURSALES		XXX		
21196	11102	1042		GIRADORA LOCAL BANCO ESTADO SUCURSALES		XXX		
21196	11103	1710		BANCO BBVA SUCURSALES		XXX		
39996	56199	7000		GASTOS DE GESTION		XXX		
1212401008000	21524	5329		TRASLADO, HOSPEDAJE Y ALIMENTACION PBS DE INVALIDEZ		XXX	XXX	Traslado
1212401008000	21524	5329		TRASLADO, HOSPEDAJE Y ALIMENTACION PBS DE INVALIDEZ		XXX	XXX	Hospedaje
1212401008000	21524	5329		TRASLADO, HOSPEDAJE Y ALIMENTACION PBS DE INVALIDEZ		XXX	XXX	Alimento
41301	11403	1166		FONDO A RENDIR GASTOS TRASLADO Y HOSPEDAJE PBSI	R		XXX	

Glosa: Nombre (Ap. Paterno, Ap. Materno, Nombres) y Rut del Funcionario, Concepto, Beneficiario.
Tipo Comprobante: Ingreso.
Respaldo: Facturas, Boletas, Comprobante de depósito, Acta de Entrega de documentos, Planillas de Gastos, Hospedaje y Alimentación, etc.
Referencia: N° de operación del comprobante contable y Fecha (ddmmaaaa) donde se entregó el Fondo.

- **Rendición de Gastos Igual al Fondo a Rendir**

N° Operación : 1313
Clase de Operación : FONDOAREN
Operación Contable : Suc. Rendición Fondo sin Saldo

Esta operación es realizada por los Centros de Atención

COD. CONTR.	COD. SIGFE	SUB CUENTA	SUB CENTRO	DENOMINACION	R	DEBE	HABER	OBSERVACION
39996	56199	7000		GASTOS DE GESTION		XXX		
1212401008000	21524	5329		TRASLADO, HOSPEDAJE Y ALIMENTACION PBS DE INVALIDEZ		XXX	XXX	Traslado
1212401008000	21524	5329		TRASLADO, HOSPEDAJE Y ALIMENTACION PBS DE INVALIDEZ		XXX	XXX	Hospedaje
1212401008000	21524	5329		TRASLADO, HOSPEDAJE Y ALIMENTACION PBS DE INVALIDEZ		XXX	XXX	Alimento
41301	11403	1166		FONDO A RENDIR GASTOS TRASLADO Y HOSPEDAJE PBSI	R		XXX	

Glosa: Nombre (Ap. Paterno, Ap. Materno, Nombres) y Rut del Funcionario, Concepto, Beneficiario.
Tipo Comprobante: Traspaso.
Respaldo: Facturas, Boletas, Acta de entrega de documentos, Planillas de Gastos, Hospedaje y Alimentación, etc.
Referencia: N° de operación del comprobante contable y Fecha (ddmmaaaa) donde se entregó el Fondo.

c.3) Reposición del Fondo a Rendir

N° Operación : 1310 Bco. Estado - 1311 Bco. BBVA
Clase de Operación : FONDOAREN
Operación Contable : Suc. Entrega Fondo

Esta operación es realizada por los Centros de Atención

COD. CONTR.	COD. SIGFE	SUB CUENTA	SUB CENTRO	DENOMINACION	R	DEBE	HABER	OBSERVACION
41301	11403	1166		FONDO A RENDIR GASTOS TRASLADO Y HOSPEDAJE PBSI	R	XXX		Monto del fondo entregado
21196	11101	1001		CAJA SUCURSALES			XXX	
21196	11102	1042		GIRADORA LOCAL BANCO ESTADO SUCURSALES			XXX	
21196	11103	1710		BANCO BBVA SUCURSALES			XXX	

Glosa: Nombre (Ap. Paterno, Ap. Materno, Nombres) y Rut del Funcionario, Concepto, Beneficiario.
Tipo Comprobante : Egreso.
Respaldo: Orden de pago directo.
Referencia: N° de operación del comprobante contable y Fecha (ddmmaaaa) donde se entregó el Fondo.

c.4) Gastos superiores a 4 UTM

N° Operación : 1314 Bco. Estado – 1315 Bco. BBVA
Clase de Operación : PAGO TESORERIA
Operación Contable : Gtos trasl hosp y alim

Esta operación es realizada por los Centros de Atención

COD. CONTR.	COD. SIGFE	SUB CUENTA	SUB CENTRO	DENOMINACION	R	DEBE	HABER	OBSERVACION
39996	56199	7000		GASTOS DE GESTION		XXX		
1212401008000	21524	5329		TRASLADO, HOSPEDAJE Y ALIMENTACION PBS DE INVALIDEZ		XXX	XXX	Traslado
1212401008000	21524	5329		TRASLADO, HOSPEDAJE Y ALIMENTACION PBS DE INVALIDEZ		XXX	XXX	Hospedaje
1212401008000	21524	5329		TRASLADO, HOSPEDAJE Y ALIMENTACION PBS DE INVALIDEZ		XXX	XXX	Alimento
21196	11101	1001		CAJA SUCURSALES			XXX	
21196	11102	1042		GIRADORA LOCAL BANCO ESTADO SUCURSALES			XXX	
21196	11103	1710		BANCO BBVA SUCURSALES			XXX	
61321	21406	2069		IMPUESTO RETENIDO SOBRE HONORARIOS			XXX	

Glosa : Nombre y Rut del Funcionario, Concepto, Beneficiario.
Tipo Comprobante: Egreso.
Respaldo: Facturas, Boletas, Acta de entrega de documentos, Planillas de Gastos de Traslados, Hospedaje y Alimentación etc.

7. INDICE DE GESTIÓN

No aplica

8. CONTROL DE REGISTROS

No aplica

9. ANEXOS

9.1 Anexo 1 Orden de Atención Médica
9.2 Anexo 2 Orden de traslado a Santiago por Reclamo de Dictamen CMR
9.3 Anexo 3 Acta Entrega de documentos de Traslado, Hospedaje y Alimentación
9.4 Anexo 4 Plantilla de Gastos de Traslado, Hospedaje y Alimentación.
9.5 Anexo 5 Instructivo para el Beneficiario
9.6 Anexo 6 Pase de Traslado a la R.M.

ANEXO 1

CMR _____

ORD.: N° 0000/2015

ANT.: Solicitud de Pensión Básica Solidaria de Invalidez – Ley N° 20.255.

MAT.: Informa traslados para proceso de evaluación y calificación de invalidez

....., xx de xxx de 201x.

De: PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA xx REGIÓN – xxxxxxxxxxxxx

A: JEFE DE CENTRO DE ATENCIÓN I.P.S. xxxxxxxxxxxxxxxxxx

Esta Comisión Médica Regional, ha estimado necesario realizar exámenes médicos para calificar la invalidez del solicitante de Pensión Básica Solidaria don (a) xxxxxxxxxxxxxxxxxx, cédula de identidad N° 10.324.702-0, domiciliado(a) en (calle, número, comuna y teléfono si lo hubiere)

Para tal efecto, por el presente, se informa el detalle de las horas médicas asignadas al solicitante, a fin de que Ud. gestione los medios necesarios para asegurar la concurrencia de la persona.

Fecha	Hora	Motivo	Lugar (calle, número, comuna y teléfono)	Observaciones

Necesidad de acompañante: Si No
Necesidad de alimentación: Si No
Necesidad de traslado especial por condición de salud: Si No
Medio de transporte: _____

Saluda atentamente a usted,

Dr. xxxxxxxxxxxx
Presidente
Xxx/xx

DISTRIBUCION
- Instituto de Previsión Social
- Archivo CMR

ANEXO 2

ORD.: N° 0000/2015

ANT.: Solicitud de Pensión Básica Solidaria de Invalidez – Ley N° 20.255.

MAT.: Informa traslado dispuesto por la Comisión Médica Central para proceso de resolución de reclamo.

....., xx de xxx de 20xx.

De: PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA xx REGIÓN – xxxxxxxxxxxxx

A: JEFE DE CENTRO DE ATENCIÓN I.P.S.. xxxxxxxxxxxxxxxxxx

Esta Comisión Médica Regional se encuentra tramitando el reclamo interpuesto en contra del Dictamen de Pensión Básica Solidaria N° ....., de fecha ....., correspondiente al solicitante señor (a) ....., cédula de identidad N° ....., domiciliado en (calle, número, comuna y teléfono si lo hubiere) .....

Para continuar con el proceso de resolución de reclamo, la Comisión Médica Central ha solicitado que el (la) solicitante antes individualizado (a) concurra a la ciudad de **SANTIAGO**, a realizarse las siguientes evaluaciones:

Fecha	Hora	Identificación Interconsultor	Dirección y Teléfonos (calle, número, comuna y teléfono)

Para tal efecto, se solicita gestionar los medios necesarios para asegurar la concurrencia de la persona, considerando traslados entre el domicilio del solicitante y Santiago y la movilización en esta última ciudad, alimentación y alojamiento si fuera necesario.

Necesidad de acompañante: Sí No
Necesidad de traslado especial por condición de salud: Si No
Medio de transporte: _____

Saluda atentamente a usted,
a atentamente a Uds.

DR. xxxxxxxxxxxx
Presidente
Xxx/xx

DISTRIBUCION
- Instituto de Previsión Social
- Archivo

ANEXO 3

ACTA ENTREGA DOCUMENTOS DE TRASLADO, HOSPEDAJE Y ALIMENTACION

En..... a ... de .....de 200...., se hace entrega de los siguientes documentos con motivo de Evaluación Médica de Solicitante Pensión Básica Solidaria de Invalidez:

SOLICITANTE: _____

Numero documento	Fecha documento	Motivo	Valor

OBSERVACION:

Tome conocimiento, que he sido informado del protocolo y procedimiento que debo seguir, en traslados a la Región Metropolitana y dentro de la Región según corresponda

_____

RECIBE
NOMBRE, FIRMA Y RUT
DEL SOLICITANTE O ACOMPAÑANTE

_____

ENTREGA
NOMBRE Y FIRMA
ENCARGADO DEL FONDO

ANEXO 4

PLANILLA GASTOS TRASLADO, HOSPEDAJE Y ALIMENTACION

FOLIO

SUCURSAL	CODIGO

ENTREGA DE FONDOS	
NRO ASIENTO	FECHA

RENDICION DE FONDOS	
NRO ASIENTO	FECHA

TIPO DE GASTO

FECHA	NUMERO DOCUMENTO	DETALLE DEL GASTO	NUMERO DE ATENCION	NOMBRE SOLICITANTE	TRASLADO	HOSPEDAJE	ALIMENTACION	TOTAL
				TOTAL PAGINA				
				TOTAL RENDICION				

NOMBRE Y FIRMA ENCARGADO FONDO

V° B° JEFE FINANZAS

FIRMA JEFE CENTRO DE ATENCIÓN

"Este documento impreso es una copia no controlada"

ANEXO N° 5

N° de Orden

SANTIAGO,

Sr.

Informamos a usted que con motivo de su Calificación de Invalidez y para la evaluación médica, que establece la Ley N° 20.255, hemos coordinado lo necesario para su traslado.
Para ello debe seguir los pasos que a continuación se indican:
Fecha:
Hora:
Viaja desde: (localidad)..... a (localidad)....., vía: (señalar vía: aérea, terrestre, otro, si es aérea señalar que es necesario presentarse con carnet de identidad en terminal aéreo).....
Al llegar a: (localidad)..... debe llamar a radio taxis: (indicar cuál)....., fono: .....o trasladarse en transporte local a: (indicar lugar de alojamiento, de estadía o ubicación de la Comisión Médica o profesional que lo atenderá).....
Posteriormente debe dirigirse a: (lugar de alojamiento, alimentación o terminal de buses para retornar a su lugar de origen).....
Respecto a la alimentación (de ser necesaria) esta se encuentra contratada en: (señalar la alimentación contratada: desayuno, almuerzo, cena y el lugar de alojamiento u otro donde se contrató la alimentación).....
Terminada la última atención médica, debe volver a su ciudad de origen, esto debe ocurrir el día:..... (Indicar día)
Ante cualquier duda comunicarse al fono:.....con:..... (Indicar funcionario y teléfono del responsable del traslado).

DEBEMOS RECORDARLE QUE TODOS LOS COMPROBANTES DE AVIÓN, TAXIS O BUSES LOCALES DEBEN SER ENTREGADOS AL FUNCIONARIO DEL IPS DE SU LOCALIDAD.
SI NECESITA ACOMPAÑANTE, DEBE SER INFORMADO AL FUNCIONARIO, AL MOMENTO DE PRESENTAR LA SOLICITUD Y ESTE DEBE SER MAYOR DE EDAD.
(Debe incorporarse una copia del documento firmado por el beneficiario o su representante al expediente).

ANEXO N° .6

PASE DE TRASLADO PERSONAS BENEFICIARIAS LEY Nº 20.255

Pase traslado Nº _____ **Fecha** _____

Cantidad personas a ser trasladadas: _____

DATOS TITULAR DEL BENEFICIO

Nombre Titular Traslado _____

Información para facilitar uso protocolo de atención. La capacidad reducida es de tipo:

Auditiva ☐ Visual ☐ Mental ☐

Motora ☐ ¿Utiliza silla de ruedas? SI ☐ NO ☐

RUN _____ Fono contacto _____

Celular Nº _____ Otro Nº contacto _____

En caso de emergencia llamar a: _____

Números Contacto _____

DATOS ACOMPAÑANTE DE TITULAR BENEFICIO

Nombre acompañante _____

RUN _____ Celular Nº _____

Coordinadora Santiago: Maria Jose Valenzuela Marin /Carmen Rosa Cornejo Pardo

Fono oficina [redacted] Celular Nº [redacted]

DATOS PARA HACER EFECTIVO EL USO DE BENEFICIO

ALOJAMIENTO: SI ☐ NO ☐ Cantidad de noches ☐

ALIMENTACIÒN (Marcar con una X)

Día 1:

Desayuno ☐ Almuerzo ☐ Once ☐ Cena ☐

Día 2:

Desayuno ☐ Almuerzo ☐ Once ☐ Cena ☐

RUTA

Fecha	Horario	Dirección Origen	Dirección Destino