

SOLICITUD DE INGRESO PARA TRABAJADOR INDEPENDIENTE

En _____, a ____ de _____ de 20 ____

El que suscribe, don (a) _____

solicita el ingreso como adherente al **Instituto de Seguridad del Trabajo**, con la finalidad de obtener la cobertura del Seguro Social Obligatorio contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales establecido en la Ley N° 16.744, de las normas establecidas en la Ley N° 20.255, que incorporaron a los trabajadores independientes a este Seguro Social y del D.S. 67, del 30 de septiembre de 2008, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Declaro estar en conocimiento de las disposiciones de la Ley N° 16.744 y sus decretos complementarios, como asimismo, conocer los Estatutos del Instituto de Seguridad del Trabajo, comprometiéndome a darle cumplimiento, entregando detallado en esta solicitud de incorporación, los antecedentes necesarios para que mi adhesión sea aceptada en calidad de adherente, como asimismo, a implementar todas las medidas de Higiene y Seguridad en el trabajo que me prescriba el Instituto de Seguridad del Trabajo y/o las entidades fiscalizadoras del Seguro Social de la Ley N° 16.744.

Declaro que los antecedentes consignados en esta comunicación, como los contenidos en sus anexos, corresponden a datos fidedignos, constituyendo ésta una declaración en los términos establecidos en el Artículo 4° del D.S. N° 101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Firma y Timbre

ANTECEDENTES PERSONALES

A) Nombre: **B)** RUN:

(Apellido Paterno) (Apellido Materno) (Nombres)

C) Domicilio Particular:

Comuna: Ciudad: N° Casilla: Ciudad Casilla:

Teléfonos (Red Fija): Celular: **D)** e-mail:

ANTECEDENTES LABORALES

E) Actividad Laboral, profesión u oficina que desarrolla **(1)**: Descripción: Código CIU: Horas mensuales trabajadas en esta Actividad Laboral

(1) En el evento que realice labores deberá indicartas todas en el Anexo 1, señalando las horas de trabajo mensuales que dedica a cada una de ellas, consignándose como principal aquella que destina más horas de trabajo en el día.

F) Dirección laboral: Comuna:

Ciudad: N° Casilla: Ciudad Casilla: Teléfonos (Red Fija):

Celular: e-mail:

Si la dirección coincide con su domicilio particular señalar dependencia específica en que desempeña sus labores **(2)**:

(2) Si desempeña su actividad, profesión u oficina, en lugares con distintas direcciones, deberán consignarse todas ellas en el Anexo 1

G) Horario de Trabajo diario y los días de la semana en que desarrolla su actividad: Horas: Días de la semana:

H) Procedencia (marque con una X) NUEVA ISL ACHS MUSEG

I) Renta Declarada % Cotización Adicional Vigente: Resolución DS 67 N° (Socios Empresas):

J) Tipo Cotizante (marque con una X) Pequeño Contribuyente: Profesional Liberal: Socio/Director/Empresario Individual:

K) Organismo de Previsión (marque con una X e identifique) IPS AFP FONASA ISAPRE

L) (Socios, Empresarios individuales y directores INDEPENDIENTE): Si se trata de socios de sociedades de personas, socios de sociedades en comandita por acciones, empresarios individuales y directores de sociedades en general, que se desempeñen como trabajadores independientes en la respectiva sociedad o empresa afiliada al IST, deberá informarlo identificando dicha sociedad o empresa en Anexo N° 1 letra I)

M) (DEPENDIENTE): Si además de ser trabajador independiente, es dependiente, debe identificar la o las entidades empleadoras en la que está contratado en Anexo N° 1 letra J).

Firma y Timbre

ANEXO N°1

(Si registra mayor información, adjunte hoja con detalle y firma).

Anexos Letra D) y E): Actividad laboral, profesión u oficio que desarrolla. En el evento que realice diversas labores, deberá indicirlas, señalando las horas de trabajo mensuales que dedica a cada una de ellas, consignándose como principal aquella que destina más horas de trabajo en el día.

Actividad Laboral	Código CIU	Horario		Dirección	Comuna
		Días - Semana	Horas (Desde - Hasta)		

Anexo Letra J): Para socios, empresarios individuales, y directores de sociedades, que se desempeñan como trabajadores independientes, debe identificar la sociedad o empresa:

RUT	Razón Social	Dirección	Comuna

Anexo Letra J): Si además es trabajador dependiente, debe identificar la o las entidades empleadoras en que está contratado:

RUT	Razón Social	Horario		Dirección	Actividad Principal	Mutual
		Días - Semana	Horas (Desde - Hasta)			

USO INTERNO IST

Remuneración según Declaración Trabajador

ACTIVIDAD ECON. PRINCIPAL: [REDACTED]

TASA DE COTIZACIÓN: **BÁSICA 0,90%** TRANSITORIA [REDACTED] % ADICIONAL [REDACTED] % TOTAL [REDACTED] %

COTIZ. MES COMPLETO SI [REDACTED] NO [REDACTED] N° DIAS [REDACTED] REM.IMP. [REDACTED] COT. TOTAL \$ [REDACTED]

REQUIERE VISITA PREVENCIÓN SI [REDACTED] NO [REDACTED] Se adjunta Informe NO [REDACTED] A juicio del experto que suscribe no existe situación de riesgo no tolerable evidente en la actividad del trabajador independiente.

FECHA [REDACTED] RESPONSABLE AREA PREVENCIÓN NOMBRE [REDACTED] FIRMA [REDACTED]

PROMOTOR: NOMBRE [REDACTED] FIRMA [REDACTED]

GC/A. ZONAL [REDACTED] FIRMA GERENTE ZONAL [REDACTED]

FECHA INGRESO DIRECTORIO [REDACTED] APROBACIÓN INGRESO SI [REDACTED] NO [REDACTED] VIGENCIA A CONTAR DEL [REDACTED]

AUTORIZADA RESPONSABLE: [REDACTED]

ANEXO N°2

OBLIGACIONES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

- a) Comunicar dentro de los 7 días siguientes a su ocurrencia, cualquier modificación de los datos y/o antecedentes señalados en la presente solicitud de incorporación.
- b) Efectuar la declaración y pago de las cotizaciones previsionales en las planillas correspondientes.

INFORMACIÓN GENERAL PARA CONOCIMIENTO DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Derecho a las prestaciones de la Ley N°16.744

- a) **Independientes que perciben rentas gravadas por el artículo 42, N°2 de la Ley sobre Impuesto a la Renta:**
 - Deben estar registrados en un organismo administrador con anterioridad al accidente o al diagnóstico de la enfermedad.
 - Deben haber enterado la cotización correspondiente al mes anteprecedente a aquél en que ocurrió el accidente o tuvo lugar el diagnóstico de la enfermedad profesional, o haber pagado, a lo menos, seis cotizaciones, continuas o discontinuas, en los últimos doce meses anteriores a los mencionados siniestros, sea que aquéllas se hayan realizado en virtud de su calidad de trabajador independiente o dependiente.
 - El trabajador que se afilia por primera vez al Seguro Social de la ley N° 16.744 en su calidad de independiente, durante los tres primeros meses posteriores a su registro, accederá a las prestaciones siempre que pague, a lo menos, las cotizaciones del mes en que ocurrió el accidente o se diagnosticó la enfermedad de que se trate.
- b) **Independientes regulados por el artículo 89 de la Ley N°20.255**
 - Deberá pagar sus cotizaciones para el Seguro Social contra Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, y las de pensiones y salud;
 - Debe estar registrado en un Organismo Administrador con anterioridad al accidente o al diagnóstico de la enfermedad y previo al entero de su primera cotización, y
 - Debe haber enterado la cotización correspondiente al mes anteprecedente a aquél en que ocurrió el accidente o tuvo lugar el diagnóstico de la enfermedad profesional, o haber pagado, a lo menos, seis cotizaciones, continuas o discontinuas, en los últimos doce meses anteriores a los mencionados siniestros, sea que aquéllas se hayan realizado en virtud de su calidad de trabajador independiente o dependiente.
 - Excepcionalmente, el trabajador independiente que se afilia por primera vez al Seguro Social de la Ley N°16.744 en dicha calidad, durante los tres primeros meses posteriores a su registro, accederá a las prestaciones de aquél siempre que pague, a lo menos, las cotizaciones del mes en que ocurrió el accidente o se diagnosticó la enfermedad de que se trate, y que dicho registro sea previo a la que contingencia que corresponda.

Firma y Timbre