
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

AVISO mediante el cual se dan a conocer los formatos de Determinación de la Prima en el Seguro de Riesgos de Trabajo Derivada de la Revisión Anual de la Siniestralidad CLEM-22 y Relación de Casos de Riesgos de Trabajo Terminados CLEM-22A.

Al margen un logotipo, que dice: Instituto Mexicano del Seguro Social.- Dirección de Incorporación y Recaudación del Seguro Social.

Asunto: Publicación de los formatos de Determinación de la Prima en el Seguro de Riesgos de Trabajo Derivada de la Revisión Anual de la Siniestralidad CLEM-22 y Relación de Casos de Riesgos de Trabajo Terminados CLEM-22A.

En cumplimiento con el Acuerdo 651/2002 del H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social de fecha 16 de diciembre del año 2002, se dan a conocer los formatos denominados Determinación de la Prima en el Seguro de Riesgos de Trabajo Derivada de la Revisión Anual de la Siniestralidad CLEM-22 y Relación de Casos de Riesgos de Trabajo Terminados CLEM-22A, así como sus instructivos de llenado respectivos.

Lo anterior, en virtud de que durante el mes de febrero de cada año los patrones deben presentar los formatos ante el Instituto para determinar la Prima del Seguro de Riesgos de Trabajo.

Atentamente

México, D.F., a 6 de noviembre de 2003.- El Director de Incorporación y Recaudación del Seguro Social, **José Antonio Alvarado Ramírez**.- Rúbrica.



DETERMINACION DE LA PRIMA EN EL SEGURO DE RIESGOS DE TRABAJO DERIVADA DE LA REVISION ANUAL DE LA SINIESTRALIDAD

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL:

EN CUMPLIMIENTO A LO DISPUESTO POR LOS ARTICULOS 15, FRACCION IV, 71, 72 Y 74 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y DECIMO NC TRANSITORIO DEL DECRETO POR EL QUE SE REFORMAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL, PUBLICADO DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION DEL 20 DE DICIEMBRE DE 2001 Y ARTICULOS 1 FRACCION IV, 2 FRACCION VII, 3, DEL 32 AL 39, 47 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL EN MATERIA DE AFILIACION, CLASIFICACION DE EMPRESAS, RECAUDACION FISCALIZACION, MANIFIESTO, BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE LOS DATOS ASENTADOS EN ESTE DOCUMENTO SON RESPECTO A LA SINIESTRALIDAD OCURRIDA EN ESTA EMPRESA.

ANTES DE INICIAR EL LLENADO

3 DATOS GENERALES DE LA EMPRESA		
REGISTRO PATRONAL	D.V.	
NOMBRE, DENOMINACION O RAZON SOCIAL:		DOMICILIO Y TELEFONO:
ACTIVIDAD ECONOMICA O GIRO:	CLASE DE RIESGO	FRACCION NUMERO

4 DATOS BASE PARA DETERMINAR LA PRIMA		
SINIESTRALIDAD LABORAL REGISTRADA EN LA EMPRESA DURANTE EL PERIODO DEL 1o. DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL _____		
CONCEPTOS, CIFRAS FIJAS Y VARIABLES		
TOTAL DE DIAS SUBSIDIADOS A CAUSA DE INCAPACIDAD TEMPORAL	S	
SUMA DE PORCENTAJES DE LAS INCAPACIDADES PERMANENTES PARCIALES Y TOTALES, DIVIDIDOS ENTRE 100	I	
NUMERO DE DEFUNCIONES	D	
NUMERO DE TRABAJADORES PROMEDIO EXPUESTOS AL RIESGO	N	
AÑOS PROMEDIO DE VIDA ACTIVA	V	28
FACTOR DE PRIMA	F	
PRIMA MINIMA DE RIESGO	M	
NUMERO DE DIAS NATURALES DEL AÑO		365
D.V. DIGITO VERIFICADOR		

5 RESULTADO DE LA DETERMINACION DE LA PRIMA	
FORMULA:	
PRIMA = [(S / 365) + V * (I + D)] * (F / M)	
SUSTITUCION DE VALORES:	
PRIMA = [(_____ / 365) + 28 * (_____ + _____)] * (_____ / _____)	
DESARROLLO:	
PRIMA = [(_____) + 28 * (_____)] * (_____)	
RESULTADO:	PRIMA EXPRESADA EN POR CIENTO Y PARA COMPARACION CON LA PRIMA ANTERIOR
_____ X 100 = _____	
<small>PARA EFECTUAR LA COMPARACION VER INSTRUCCIONES AL REVERSO DE LA HOJA 2</small>	
LA PRIMA EN LA QUE SE DEBERA COTIZAR, SE DETERMINO CONSIDERANDO LA SINIESTRALIDAD REGISTRADA EN EL REGISTRO SINIESTRALIDAD LABORAL _____ SE ANEXA AL PRESENTE LA "RELACION DE CASOS PARTE INTEGRANTE DEL MISMO. TAMBIEN SE CONSIDERO LA COMPARACION DE LA PRIMA RESULTANTE EN POR CIENTO, CON LA PRIMA ANTERIOR EN LA QUE SE VENIAN CUBRIENDO LAS CUOTAS AL MOMENTO DE LAS CUOTAS DEL SEGURO DE RIESGOS DE TRABAJO DETERMINADA. ESTARA VIGENTE A PARTIR DEL 1o DIA DE FEBRERO DEL _____ .	
6 ACREDITACION POR LA SECRETARIA DEL TRABAJO Y PREVISION SOCIAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	7 NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA EMPRESA _____

CLEM-22

INSTRUCCIONES DE LLENADO

- Esta Determinación se elaborará en original y copia (original para el I.M.S.S., y la copia para el patrón).
- El llenado deberá realizarse utilizando exclusivamente máquina de escribir y empleando letras mayúsculas compactas.
- Se ocupará una casilla para cada letra o número. Ejemplo:

REGISTRO PATRONAL										D. V.	
C	1	6	2	3	0	0	1	1	0		3

Se numerarán las hojas de que conste la Determinación, es decir, la carátula del formulario siempre será **1** y por cada una de las que se utilicen para la Relación de Casos de Riesgos de Trabajo Terminados, se asignará número consecutivo. Ejemplo:

HOJA 1 DE 3

- Verificar que los datos proporcionados sean correctos, teniendo especial cuidado con los relativos a la identificación de la empresa, como son: registro patronal y nombre, denominación o razón social.
- La Determinación deberá contener nombre y firma del patrón o de su representante legal, así como el sello de la empresa, en caso de contar con él. Sin la firma el documento carece de validez; presentando tarjeta de identificación patronal y en su caso, copia certificada del acta notarial del representante legal que lo acredite para actos administrativos y para pleitos y cobranzas.
- Esta Determinación se entregará durante el mes de febrero en la Oficina Administrativa del I.M.S.S., que corresponda al patrón, atendiendo al domicilio del centro de trabajo. Esta misma Oficina será quien en su caso, dará respuesta al trámite.

1.- FECHA DE ELABORACION. Anote día, mes y año en que se elabora la Determinación, utilizando números arábigos (dos dígitos para el día y mes y cuatro para el año).

2.- REGISTRO DE RECEPCION. Para uso exclusivo del I.M.S.S.

- **3.- DATOS GENERALES DE LA EMPRESA.** Registre los datos que identifican a la empresa, de acuerdo a lo siguiente:
 - REGISTRO PATRONAL. Anote el registro patronal que tenga asignado la empresa, que consta de diez dígitos, ya sea numérico o alfanumérico.
 - DIGITO VERIFICADOR (D. V.). Anote el número que tenga asignado la empresa, que consta de un dígito (dejar en blanco en caso de desconocerlo).
 - NOMBRE, DENOMINACION O RAZON SOCIAL. Asiente el nombre, denominación o razón social de la empresa, tal como se tiene manifestado ante el I.M.S.S.
 - DOMICILIO Y TELEFONO. Registre el domicilio completo de la empresa, así como el número telefónico.
 - ACTIVIDAD ECONOMICA O GIRO. Anote la actividad a que se dedica la empresa.
 - CLASE DE RIESGO. Señale con número romano la clase de riesgo en la cual se encuentre clasificada la empresa ante el I.M.S.S., para efectos del Seguro de Riesgos de Trabajo, que se identifica como I, II, III, IV o V, con fundamento en el Artículo 196 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización.
 - FRACCION NUMERO. Anote el número de la fracción en la que se encuentre registrada la empresa ante el I.M.S.S., la que puede constar de tres o cuatro dígitos, de acuerdo al Catálogo de Actividades contenido en el Artículo 196 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización.
 - PRIMA ANTERIOR. Asiente el valor de la prima con la que viene cubriendo sus cuotas en el Seguro de Riesgos de Trabajo.
- **4.- DATOS BASE PARA DETERMINAR LA PRIMA.** Se anotarán los valores que correspondan a cada una de las variables que intervienen para determinar la prima, considerando la siniestralidad laboral registrada en la empresa durante el período de revisión. Los datos deberán asentarse de derecha a izquierda, adicionando ceros en las casillas que no se utilicen. Ejemplo:

0	0	0	2	8
---	---	---	---	---

- **SINIESTRALIDAD LABORAL REGISTRADA EN LA EMPRESA DURANTE EL PERIODO DEL 1o. DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL ____.** Anote en el espacio en blanco los cuatro dígitos que identifiquen el año al que corresponde el período de revisión.
- **TOTAL DE DIAS SUBSIDIADOS A CAUSA DE INCAPACIDAD TEMPORAL (S).** Anote la suma de los días subsidiados por riesgos de trabajo, otorgados a los trabajadores que sufrieron un accidente o enfermedad de trabajo. En este renglón se incluirán, también, los días subsidiados por recaídas que sufran los trabajadores. La información se obtendrá sumando el total de días amparados por certificados de incapacidad otorgados al trabajador, con motivo del accidente o enfermedad de trabajo, así como por recaída.
- **SUMA DE LOS PORCENTAJES DE LAS INCAPACIDADES PERMANENTES PARCIALES Y TOTALES, DIVIDIDOS ENTRE 100 (I).** Registre la suma de los porcentajes de las valuaciones por incapacidad permanente parcial y total otorgados a los trabajadores durante el período de revisión, así como los porcentajes dictaminados con motivo de reevaluación y al resultado divídalo entre 100, expresándolo en enteros y dos decimales. Tratándose de reevaluación dictaminada en el mismo período en que se otorgó la valuación por incapacidad permanente, para efectos de determinar la prima, se considerará la suma de los porcentajes de ambas. Cuando la reevaluación se dictamine en período diferente al de la valuación inicial, sólo se considerará el porcentaje de reevaluación. Los datos deberán obtenerse del formato "Dictamen de Incapacidad Permanente o de Defunción por Riesgo de Trabajo" (ST-3), emitido por el I.M.S.S.
- **NUMERO DE DEFUNCIONES (D).** Anote el número total de defunciones originadas por accidentes y enfermedades de trabajo durante el período de revisión. La información podrá obtenerse del documento denominado "Dictamen de Incapacidad Permanente o de Defunción por Riesgo de Trabajo" (ST-3), emitido por el I.M.S.S.
- **NUMERO DE TRABAJADORES PROMEDIO EXPUESTOS AL RIESGO (N).** Asiente la cantidad que resulte de dividir el total de días cotizados por todos los trabajadores de la empresa durante el año sujeto a revisión, hubieran o no sufrido un riesgo de trabajo, descontando el total de días de incapacidad o ausentismo y el resultado divídalo entre 365 días del año, el cual se expresará en enteros y un decimal. Para contabilizar los días cotizados de los trabajadores de modalidades de aseguramiento 10, 13 y 17, se considerarán las Cédulas de Determinación de Cuotas emitidas por el I.M.S.S., y para las modalidades 14 y 45, los registros empresariales (nómina, listas de raya, etc.), en los que se asiente el número de días trabajados.
- **FACTOR DE PRIMA (F).** Anote y aplique en la fórmula el 2.2 si cuenta con la acreditación de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social y, de no ser así, para la Siniestralidad Laboral registrada en la empresa durante el período del 1º. de enero al 31 de diciembre del 2002, anote como factor de prima 2.7; para el 2003 el 2.5 y a partir del ejercicio 2004 el 2.3.
- **PRIMA MINIMA DE RIESGO (M).** Para la Siniestralidad Laboral registrada en la empresa durante el período del 1º. de enero al 31 de diciembre del 2002, anote y aplique en la fórmula el 0.0031, para el 2003 el 0.0038, para el 2004 el 0.0044 y para el 2005 el 0.0050.

NOTA: No se tomarán en cuenta para la siniestralidad de las empresas los accidentes que ocurran a los trabajadores al trasladarse de su domicilio al centro de labores o viceversa.

PARA CUALQUIER ACLARACION, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRAMITE, SIRVASE LLAMAR AL SISTEMA DE ATENCION TELEFONICA A TELEFONOS 54-80-20-00 EN EL D.F. Y AREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPUBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL 01-800-00-14800, O AL 1-888-594-PARA INFORMACION, ORIENTACION Y QUEJAS, ACUDA A LA OFICINA ADMINISTRATIVA DEL I.M.S.S. QUE LE CORRESPONDA O LLAME A: LADA SIN COSTO 01 800

5.- RESULTADO DE LA DETERMINACION DE LA PRIMA. Aplique y sustituya los Seguros Social.

FORMULA:

$$PRIMA = [(S/365) + V * (I + D)] * (F/N) + M$$

Donde:

- S = Total de los días subsidiados a causa de incapacidad temporal.
- / = Símbolo de división.
- 365 = Número de días naturales del año.
- V = 28 años, que es la duración promedio de vida activa de un individuo permanente total.
- * = Símbolo de multiplicación.
- I = Suma de los porcentajes de las incapacidades permanentes parciales.
- D = Número de defunciones.
- F = Factor de prima.
- N = Número de trabajadores promedio expuestos al riesgo.
- M = Prima mínima de riesgo.

- **SUSTITUCION DE VALORES.** Anotar el resultado de cada una de las variables [(/ 365) + 28 * (+)] * (/)

- **DESARROLLO.** Aplicar y despejar la fórmula de la prima para obtener su resultado

- **RESULTADO.** Asentar la cantidad que se determinó del desarrollo de la fórmula obtenido será la prima expresada en por ciento, que servirá para comparar cubriendo sus cuotas, deberá permanecer igual, disminuir o aumentar.

- **NUEVA PRIMA.** Una vez comparada con la prima anterior, regístrela de nuevo adicionando ceros en las casillas que no se utilicen.

Para efectos de comparar la prima expresada en por ciento, contra la prima anterior y se determinará conforme a lo siguiente: Si el valor obtenido de la prima expresada en obligación de presentar la Determinación de la Prima en el Seguro de Riesgos de Trabajo diferentes, procederá asentar la nueva prima, aumentándola o disminuyéndola en su anterior con que la empresa venía cubriendo sus cuotas al momento de la revisión.

Conforme lo establece el Artículo 74 de la Ley del Seguro Social, estas modificaciones serán de cero punto cinco por ciento y quince por ciento de los salarios base de cotizar

- **SINIESTRALIDAD DE LA EMPRESA.** Anote en los espacios en blanco (si) c anote (si) o (no) incluye la Relación de Casos de Riesgos de Trabajo Terminados

- **VIGENCIA.** La nueva prima obtenida surtirá efectos a partir del 1o. de marzo último día de febrero del año siguiente. Anote en los espacios en blanco los cuatro

6.- ACREDITACION POR LA S.T.P.S. Si su empresa ya cuenta con un sistema de Trabajo y Previsión Social, marque con una "X" en el cuadro correspondiente a Si, prima (reexar copia simple de la acreditación correspondiente y original para cotizar), de Prima) deberá aplicar conforme a lo dispuesto en el Artículo 72 de la Ley del Seguro Social, publicado en el Diario Oficial de la

7.- NOMBRE Y FIRMA DEL PATRON O SUJETO OBLIGADO O DE SU REPRESENTANTE LEGAL.

OBSERVACIONES GENERALES. Se eximirá a la empresa de la obligación de presentar

- La nueva prima determinada resulte igual a la del período anterior.

- Se haya dado de alta ante el I.M.S.S., o modificado su Actividad durante el correspondiente (período de revisión).

- Exista una reanudación y conserve la misma actividad durante el período que fecha de la baja.

IMPORTANTE. La empresa que estando obligada a presentar ante el I.M.S.S., la I.M.S.S., le notificará el Dictamen de Determinación de la Prima del Seguro de Riesgos La Ley del Seguro Social en sus Artículos 304 A y 304 B, disponen las causas y los obligados no presenten su Determinación, lo hagan extemporáneamente o con datos falsos

CONTINUAN INSTRUCCIONES AL REVERSO DE LA "RELACION DE CASOS DE RIESGOS DE TRABAJO TERMINADOS"



8

RELACION DE CASOS DE RIESGOS DE TRABAJO TERMINADOS (DURANTE EL PERIODO DEL 1o. DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL _____)

ANTES DE INICIAR EL LLENADO LEA LAS INSTR

REGISTRO PATRONAL D.V.

NOMBRE, DENOMINACION O RAZON SOCIAL: _____

DOMICILIO Y TELEFONO: _____

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION	NOMBRE DEL ASEGURADO	RECAIDA O REVALUACION	FECHA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO			TIPO DE RIESGO	DIAS SUBSIDIAD
			(*)	AÑO	MES	DIA		

CLM-22A

ANOTE EN SU CASO: (★) SI SE TRATA DE RECAIDA O REVALUACION: PARA TIPO DE RIESGO 1 = ACCIDENTE DE TRABAJO O 3 = ENFERMEDAD DE TRABAJO Y (D) SI SE TRATA DE DEFUNCION.

INSTRUCCIONES DE LLENADO

OBSERVACION GENERAL.

Cuando no se haya registrado siniestralidad en la empresa, no deberá incluir esta Relación de Casos de Riesgos de Trabajo Terminados a su Determinación de la Prima en el Seguro de Riesgos de Trabajo Derivada de la Revisión Anual de la Siniestralidad.

Esta Relación de Casos de Riesgos de Trabajo Terminados, se elaborará en original y copia (original para el I.M.S.S., y la copia para el patrón). En caso de que resulte insuficiente este formato, favor de reproducir en fotocopia el número de veces que se requiera.

- El llenado deberá realizarse utilizando exclusivamente máquina de escribir y empleando letras mayúsculas compactas.
- Se ocupará una casilla para cada letra o número. Ejemplo:

REGISTRO PATRONAL										D. V.
C	1	6	2	3	0	0	1	1	0	3

8.- RELACION DE CASOS DE RIESGOS DE TRABAJO TERMINADOS.

Su llenado permitirá conocer, en forma detallada, el desglose de los accidentes y enfermedades de trabajo que, sin importar la fecha en que hayan ocurrido, terminaron dentro del período que se revisa.

El total de días subsidiados (variable "S"), porcentajes de valuaciones (variable "I") y defunciones (variable "D") deberán coincidir con los datos asentados en el punto 4 de la Determinación de la Prima en el Seguro de Riesgos de Trabajo Derivada de la Revisión Anual de la Siniestralidad.

- PERIODO DEL 1o. DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL _____. Anote los cuatro dígitos que identifiquen el año que se está revisando.
- REGISTRO PATRONAL, DIGITO VERIFICADOR, NOMBRE, DENOMINACION O RAZON SOCIAL, DOMICILIO Y TELEFONO. Asiente la información correspondiente de acuerdo a lo señalado en el punto 3 de la Determinación de la Prima en el Seguro de Riesgos de Trabajo Derivada de la Revisión Anual de la Siniestralidad.
- NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL. Anote en orden progresivo, el número de seguridad social (que consta de diez números más el dígito verificador, este último en caso de conocerlo) de los trabajadores que sufrieron accidentes y/o enfermedades de trabajo, con alta médica durante el período de revisión, así como de los que tuvieron una recaída derivada de un accidente de trabajo o una revaluación de su incapacidad permanente parcial.
- CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION. Anote el número de la Clave Única de Registro de Población (que consta de dieciocho dígitos), de los trabajadores que sufrieron accidentes y/o enfermedades de trabajo.
- NOMBRE DEL ASEGURADO. Registre el nombre del asegurado a quien corresponda el número de seguridad social del punto anterior, iniciando con apellido paterno, materno y nombre(s).
- RECAIDA O REVALUACION (*). Anote asterisco cuando se trate de recaída o revaluación.
- FECHA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO. Asiente la fecha en que ocurrió el accidente de trabajo o, a partir de la cual el trabajador haya quedado incapacitado con motivo de una enfermedad de trabajo. Utilice números arábigos (cuatro dígitos para el año y dos para el mes y día). Ejemplo:

AÑO	MES	DIA
2003	05	14

Tratándose de recaída o revaluación, la fecha a registrar será precisamente la que determine tales circunstancias; es decir, no se considerará la fecha en que ocurrió el accidente o la enfermedad de trabajo que les dio origen.

- TIPO DE RIESGO. Registre la clave 1, si el caso corresponde a un accidente de trabajo y 3, si se trata de una enfermedad de trabajo.
- DIAS SUBSIDIADOS. Anote la suma de los días subsidiados por riesgos de trabajo, otorgados a los trabajadores que sufrieron un accidente o enfermedad de trabajo. En este renglón se incluirán, también, los días subsidiados por recaídas que sufran los trabajadores. La información se obtendrá sumando el total de días amparados por certificados de incapacidad temporal para el trabajo otorgados al trabajador, con motivo del accidente o enfermedad de trabajo, así como por recaída.
- PORCENTAJE DE INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL O TOTAL. Señale el porcentaje de valuación otorgado como incapacidad permanente parcial o total, con motivo de las secuelas originadas por un accidente o enfermedad de trabajo.
- REVALUACION. Tratándose de una revaluación, se registrará la diferencia que resulte entre el porcentaje de incapacidad permanente que se otorgue con motivo de la revaluación dictaminada y la valuación otorgada con anterioridad.
- DEFUNCION. Anote la letra "D" si se trata de un accidente o enfermedad de trabajo que produjo la muerte del trabajador.
- FECHA DE ALTA. Registre la fecha de alta médica derivada del accidente o enfermedad de trabajo ocurrido al trabajador, utilizando números arábigos (cuatro dígitos para el año y dos para el mes y día). Ejemplo:

AÑO	MES	DIA
2003	08	14

PARA CUALQUIER ACLARACION, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRAMITE, SIRVASE LLAMAR AL SISTEMA DE ATENCION TELEFONICA A TELEFONOS 54-80-20-00 EN EL D.F. Y AREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPUBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL 01-800-00-14800, O AL 1-888-594-3 PARA INFORMACION, ORIENTACION Y QUEJAS, ACUDA A LA OFICINA ADMINISTRATIVA DEL I.M.S.S. QUE LE CORRESPONDA O LLAME A: LADA SIN COSTO 01 800

CASOS PRACTICOS PARA EL DESARROLLO DE LA FORMULA DE LA PRIMA.

PASO 1.- Con los datos correspondientes de una empresa (Con o Sin Acreditación de la S.T.F y con la siniestralidad laboral registrada durante el período del 1º. de enero al 31 de diciembre e

CONCEPTOS	VARIABLES
Total de los días subsidiados a causa de incapacidad temporal.	S
Suma de los porcentajes de las incapacidades permanentes parciales y totales, divididos entre 100.	I
Número de defunciones.	D
Número de trabajadores promedio expuestos al riesgo.	N
28 años promedio de vida activa.	V
Factor de prima.	F
Prima mínima.	M
365 número de días naturales del año.	

PASO 2.- Sustituir valores en la fórmula y efectuar operaciones, redondeando a ocho dec

CON ACREDITACION DE LA S.T.P.S.	
PRIMA = [(S / 365) + V * (I + D)] * (F / N) + M	PRIM
= [(484 / 365) + 28 * (0.00 + 0)] * (2.2 / 743.0) + 0.0038	
= [(1.32602740) + 28 * (0.00)] * (2.2 / 743.0) + 0.0038	
= [1.32602740 + 0.00] * (2.2 / 743.0) + 0.0038	
= (1.32602740) * (2.2 / 743.0) + 0.0038	
= (0.00392633 + 0.0038)	
PRIMA = 0.00772633	PRIM

PASO 3.- Conversión a porcentaje. Las primas así obtenidas se encuentran expresadas en aplicación de la fórmula, debe multiplicarse por 100, redondeando a cinco decimales, por lo tan

CON ACREDITACION DE LA S.T.P.S.	
PRIMA EN POR CIENTO = 0.00772633 X 100	PRIMA
= 0.77263 % (para comparar con la prima anterior)	

PASO 4.- Comparación con la prima del período anterior.

- a) Comparar la prima en por ciento, obtenida según sea el caso: Con Acreditación fórmula del Artículo 72 de la Ley del Seguro Social.
- b) Contra la prima con la que cobró en el período anterior 03.18550 %.
- c) Si, como en estos casos, las primas calculadas aplicando la fórmula del Artículo anterior, éstas deberán disminuir sin exceder del 1 %.
- d) Los límites anuales para incremento o disminución de la prima del período anterior

	Limite anual superior de incremento (+ 1 %)
Prima del período anterior	
	Limite anual inferior de disminución (- 1 %)

- e) Como en ambos casos las primas calculadas exceden el límite inferior (el límite c
- f) Para estos casos en particular, la NUEVA PRIMA CON QUE COTIZARÁ la e

Nótese que la NUEVA PRIMA CON QUE COTIZARÁ la empresa corresponde a un valor, ii encuentra ubicada en Clase IV.

- La cuota que para la cobertura del Seguro de Riesgos de Trabajo se deba cubrir se Cuota de R. T. = Nueva Prima de Cotización en R. T. x suma de los Salarios Base de C

$$\text{Cuota de R. T.} = \frac{02.18550 \times \text{suma de los Salarios Base de Cotización}}{100}$$

Nota: La suma de los Salarios Base de Cotización se constituye con todos los salarios paga.

En el supuesto de que la prima calculada con la fórmula del Artículo 72 de la Ley del Seguro S del período anterior, pero dentro de los límites señalados de incremento o disminución), esta r la empresa.

(R.- 187217)