



## SECCIÓN B: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DE LA COMPIN

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TIPO DE PRONUNCIAMIENTO	RESOLUCIÓN N°	ESTABLECIMIENTO	CÓDIGO ESTABLECIMIENTO

TIPO DE LICENCIA	DESDE	HASTA	AUTORIZADO POR	DIAGNÓSTICO	NUEVO DIAGNÓSTICO	N° DÍAS PREVIOS	<input type="checkbox"/> 1 = Primera <input type="checkbox"/> 2 = Continuación
8 LM SANNA	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO	<input type="text"/> DÍAS		<input type="checkbox"/> 1 = Sí <input type="checkbox"/> 2 = No	<input type="text"/> DÍAS	<input type="checkbox"/> 1 = Tratamiento Activo <input type="checkbox"/> 2 = Seguimiento

<input type="checkbox"/> 1 = Autorizase <input type="checkbox"/> 2 = Rechazase <input type="checkbox"/> 3 = Ampliase <input type="checkbox"/> 4 = Redúcese <input type="checkbox"/> 5 = Pendiente de Resolución <b>REDICTAMEN</b> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>CAUSA RECHAZO</b> 1 = Reposo Injustificado 2 = Diagnóstico Irrecuperable 3 = Fuera de Plazo 4 = Incumplimiento 5 = Otro(Especificar)	<input type="checkbox"/> 1 = Reposo Laboral Total <input type="checkbox"/> 2 = Reposo Laboral Parcial <b>SÓLO PARA REPOSO PARCIAL</b> <input type="checkbox"/> A = Mañana <input type="checkbox"/> B = Tarde <input type="checkbox"/> C = Noche	<input type="checkbox"/> A = Con derecho a subsidio una vez verificados los requisitos dispuestos en el D.F.L. N° 44/78, Ley 18.469 y Ley 16.744. <input type="checkbox"/> B = Con derecho a subsidio de cargo del empleador o entidad responsable Art. 56. <input type="checkbox"/> C = Sin derecho a subsidio.
---	---	--	--

<input type="text"/>	<input type="text"/>
CAUSA DE MODIFICACIÓN O RECHAZO	PENDIENTE POR

FECHA DE RECEPCIÓN EN COMPIN	FECHA DE EMISIÓN RESOLUCIÓN	REDICTAMEN
DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

El artículo 174 del DFL 1, de 2005, del Ministerio de Salud sanciona la simulación o engaño, con reclusión menor en sus grados mínimo a medio.

NOMBRE, TIMBRE Y FIRMA MÉDICO AUTORIZADO

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

Recorte aquí al momento de la recepción por parte del empleador(a) y entregue al trabajador(a)

## COMPROBANTE DE TRAMITACIÓN SANNA PARA EL TRABAJADOR(A)

Sr(a) Trabajador(a) exija la entrega de este comprobante debidamente completo

### A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR(A)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	

DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	M o F
FECHA OTORGAMIENTO	FECHA INICIO PERMISO	N° DE DÍAS	N° DE DÍAS EN PALABRAS	EDAD	SEXO

### A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO(A)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN

DÍA MES AÑO	<input type="text"/>	M o F
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO

DÍA MES AÑO	<input type="text"/>
FECHA DE RECEPCIÓN POR EL EMPLEADOR	FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR(A)



# FORMULARIO LICENCIA MÉDICA SANNA

Seguro para el Acompañamiento de los Niños y Niñas (SANNA), Ley N°21.063.

Otorgamiento de permiso SANNA

N° **S** -

Uso exclusivo Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN)

## SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

### C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR(A), TRABAJADOR(A) INDEPENDIENTE O CESANTE TEMPORAL

RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR(A)

RUN/RUT EMPLEADOR

(56)

TELÉFONO

DÍA MES AÑO

FECHA DE RECEPCIÓN POR EL EMPLEADOR

@

CORREO ELECTRÓNICO DEL EMPLEADOR(A) (Constituye mecanismo de comunicación oficial con la contraloría médica y entidad pagadora del subsidio)

RUN TRABAJADOR

DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR(A)

COMUNA DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR(A)

CÓDIGO COMUNAL (uso COMPIN)

#### ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR(A)

- 0=Agricultura, Servicios Agrícolas, Silvicultura y Pesca
- 1=Minas, Petróleos y Canteras
- 2=Industrias Manufactureras
- 3=Construcción
- 4=Electricidad, Gas y Agua
- 5=Comercio
- 6=Transporte, Almacenamiento y Comunicaciones
- 7=Finanzas, Seguros, Bienes Muebles y Servicios Técnicos, Profesionales y Otros
- 8=Servicios Estatales, Sociales, Personales e Internacionales
- 9=Actividad No Especificada

#### OCUPACIÓN

- 11=Ejecutivo o Directivo
- 12=Profesor
- 13=Otro Profesional
- 14=Técnico
- 15=Vendedor
- 16=Administrativo
- 17=Operario, Trabajador Manual
- 18=Trabajador de Casa Particular
- 19=Otro (Especificar)

### C.2 IDENTIFICACIÓN DEL RÉGIMEN PREVISIONAL DEL TRABAJADOR(A) Y ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

#### RÉGIMEN PREVISIONAL

1=D.L. 3501 IPS (ex INP)  
 2=D.L. 3500 A.F.P.

Código  Letra (Caja Prev.)

Nombre   
 Int. Prev.

#### CALIDAD TRABAJADOR(A)

- 1=Trabajador sector público afecto a la Ley n° 18.834.  
 2=Trabajador sector público no afecto a la Ley n° 18.834.  
 3=Trabajador dependiente sector privado  
 4=Trabajador Independiente

#### SEGURO DESEMPLEO

Trabajador afiliado a AFC  1=SÍ  
 2=NO

Contrato de duración indefinida  1=SÍ  
 2=NO

#### ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN:

#### RÉGIMEN LEY N° 16.744

ÚLTIMO EN CASO DE CESANTE TEMPORAL

- I=ISL
- J=ACHS
- K=MUTUAL
- L=IST
- M=DIVISIONES DE CODELCO
- N=UNIVERSIDAD CATÓLICA

#### RÉGIMEN SALUD COMÚN

- O=FONASA (7%)  
 P=ISAPRE
- NOMBRE:
- COTIZACIÓN PACTADA:  UF

#### FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL

DÍA MES AÑO

#### FECHA CONTRATO DE TRABAJO

DÍA MES AÑO

### CESANTE TEMPORAL

1=SÍ, 2=NO

Sección exclusiva para cesante temporal

- ÚLTIMO TIPO DE CONTRATO:  1=Indefinido  
 2=Plazo fijo  
 3=Obra o Faena

FECHA DEL ÚLTIMO CONTRATO DE TRABAJO:

DÍA MES AÑO

FECHA DE INICIO DE CESANTIA TEMPORAL:

DÍA MES AÑO

#### FECHA DE RECEPCIÓN COMPIN

DÍA MES AÑO

NOTAS

El formulario de permiso SANNA deberá ser remitido por el empleador SIEMPRE a la COMPIN del domicilio donde presta servicios el trabajador(a), tanto de afiliados a FONASA como a ISAPRE. Solamente se podrá hacer uso del permiso SANNA una vez finalizada la licencia médica por enfermedad común o laboral, maternal y permiso postnatal parental, incluida la de enfermedad grave de niño mayor de 1 año; o feriado legal o permiso con o sin goce de remuneración.

El permiso en jornada parcial será compatible con el pago de subsidio de origen común, laboral o de otro beneficio de protección a la maternidad utilizado en jornada parcial.

El empleador(a) deberá devolver formulario de permiso SANNA al trabajador(a) cuando le conste que éste se encuentra haciendo uso de los beneficios o permisos laborales indicados.

El trabajador(a) temporalmente cesante debe señalar el organismo administrador del Seguro de la Ley N°16.744 de su último empleador.

