

Ley **SANNA**

Seguro para el Acompañamiento de Niños y Niñas

**Seguro para el acompañamiento
de niños y niñas afectados por una
condición grave de salud
(SANNA)**



Bárbara Hume A.
Intendencia de Beneficios Sociales

¿Qué es el SANNA?

Seguro obligatorio para los trabajadores/as, que permite ausentarse justificadamente del trabajo por un tiempo determinado, cuando un hijo/a menor de edad o un menor entregado a su cuidado personal por resolución judicial, está afectado por una condición grave de salud, de las que señala la ley, para acompañarlo, pudiendo recibir durante ese período un subsidio que reemplace total o parcialmente su remuneración o renta mensual, de cumplir ciertos requisitos.



Personas protegidas por el Seguro

Personas protegidas por el Seguro

1

Trabajadores/as dependientes del sector privado (Código del Trabajo).

2

Los Funcionarios/as Públicos, con excepción de los Funcionarios/as de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad que sean imponentes de CAPREDENA y DIPRECA para efectos Riesgos Laborales.

3

Trabajadores/as independientes (indicados en el inciso primero del artículo 89 e inciso tercero del artículo 90 del D.L. N°3.500, de 1980, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social).

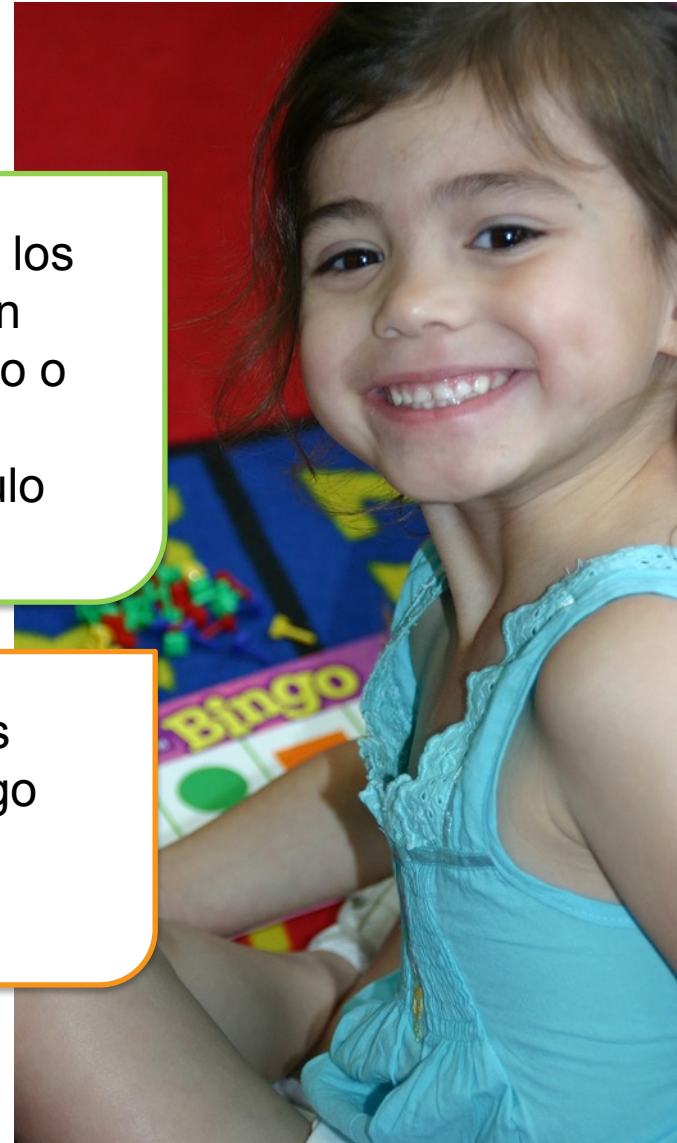
4

Trabajadores/as temporalmente cesantes, cuya última cesantía haya sido por el término de un contrato a plazo fijo o por obra, trabajo o servicio determinado.

Beneficiarios del Seguro

Son beneficiarios del SANNA los trabajadores/as y los trabajadores/as temporales cesantes (señalados en lámina anterior) que sean padre o madre de un niño o niña, que se encuentre afectado por una de las condiciones graves de salud señaladas en el artículo 7° de la Ley N°21.063.

También son beneficiarios del Seguro las personas señaladas en la lámina anterior, que tengan a su cargo el cuidado personal de dicho niño o niña, otorgado por resolución judicial.



Causantes del Seguro

Son causantes del beneficio, los niños y niñas mayores de 1 año y menores de 15 o 18 años de edad, según corresponda, afectados por una de las condiciones graves establecidas en el art. 7° de la Ley N°21.063, debidamente certificada.



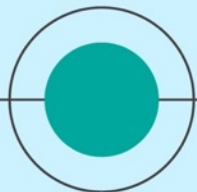
Etapas de la Ley SANNA Implementación

La entrada en vigencia del Seguro para el acompañamiento de niñas y niños será gradual

Se amplía la cobertura a los trasplantes de órgano sólido y de progenitores hematopoyéticos.

Se incluyen los accidentes graves con riesgo de muerte o de secuela funcional grave y permanente.

1 de febrero de 2018



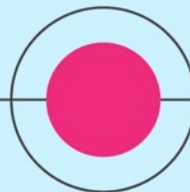
Se otorga cobertura para el cáncer y los tratamientos destinados al alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado.

1 de julio de 2018



La cobertura incorpora la fase o estado terminal de la vida

1 de enero de 2020



1 de diciembre de 2020



Condiciones de acceso para Cáncer

(mayores de 1 año y menores de 18 años)



El médico tratante del menor deberá otorgar al trabajador/a o beneficiario/a la licencia médica en el formulario respectivo (disponible en el sitio web).

El médico deberá emitir además el formulario denominado “Informe Complementario SANNA”, en que deberá consignar el diagnóstico de la patología que padece el causante.

Esta patología debe formar parte de las enfermedades consideradas dentro de las Garantías Explícitas en Salud establecidas en la Ley N° 19.966 y sus reglamentos (GES) debiendo certificar que existe alguna de las siguientes hipótesis: sospecha; confirmación diagnóstica; tratamiento; seguimiento y recidiva. Este Formulario también está disponible en el sitio web).

Condiciones de acceso para trasplante

(mayores de 1 año y menores de 18 años)

En caso de trasplante de órgano sólido:

El médico tratante deberá otorgar la licencia médica y el Informe Complementario certificando que se ha efectuado el trasplante.

Si aún no se ha realizado el trasplante, el trabajador/a deberá acompañar un certificado emitido por la Coordinadora Nacional de Trasplante que acredite que el causante se encuentra inscrito en el registro nacional de potenciales receptores de órganos a cargo del Instituto de Salud Pública de Chile, priorizado como urgencia médica.

La SUSESO ha interpretado que cuando se trate de trasplante de donante vivo bastará acreditar que se están realizando los estudios de compatibilidad.

En caso de trasplante de progenitores hematopoyéticos

El médico tratante deberá otorgar al trabajador/a beneficiario/a la licencia médica y el Informe Complementario en el que debe constar que el trasplante fue realizado.

La Superintendencia ha interpretado que el período de preparación para el trasplante es parte del mismo.

Condiciones de acceso en fase o estado terminal de la vida, incluido el tratamiento destinado al alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado

(mayores de 1 año y menores de 18 años)

Licencia Médica.

Informe o declaración escrita del médico de que no existe recuperación de la salud del niño o niña y que su término se encuentra determinado por la muerte inminente.

Informe escrito favorable del director del área médica del prestador institucional respectivo

Además, en los casos de alivio del dolor y cuidados paliativos del cáncer avanzado se requiere que forme parte del GES, lo que no se requerirá en caso de cánceres de mayores de 15 y menores de 18 que no formen parte del GES.

Condiciones de Acceso para accidente grave con riesgo de muerte o de secuela funcional grave

(mayores de 1 año y menores de 15 años)

Este derecho solo podrá otorgarse a partir del día décimo primero de ocurrido el accidente, requiriendo:

A

Licencia médica otorgada por el médico tratante.

B

Informe Complementario del médico tratante que acredite que el niño o niña se encuentra afectado por un cuadro clínico severo, derivado de un accidente grave y que el cuadro clínico implique riesgo vital o de secuela funcional severa y permanente, que requiera de rehabilitación intensiva para su recuperación, indicando además que el niño o niña se encuentra hospitalizado o sujeto a un proceso de rehabilitación funcional intensiva o a cuidados especializados en el domicilio.

Descripción del Proceso

1

Emisión de licencia médica e informe complementario otorgado por parte de médico tratante.

2

El trabajador debe entregar la Licencia Médica e informe complementario a su empleador o directamente a la COMPIN si es trabajador independiente o temporal cesante

3

El empleador debe llevar la licencia médica y demás antecedentes a la COMPIN.

4

La Subcomisión o COMPIN Regional debe recibir la licencia médica

5

Debe analizar los antecedentes verificando los requisitos previsionales, pronunciándose y notificando la resolución al trabajador y al empleador. Si se trata de resolución de autorización, debe notificar también al organismo que debe pagar el subsidio (Mutualidad o ISL) y a la SUSESO.

6

El Organismo pagador (Mutualidad o I.S.L.) una vez notificado debe efectuar el cálculo del subsidio.

7

La Mutualidad o el I.S.L. procede al pago del subsidio. Las Mutualidades pagan a través de C.C.A.F. Los Héroes (convenio)

Por el Oficio N°1205 de 24 de marzo de 2020 de esta Superintendencia, se instruyó un procedimiento de tramitación de la LM SANNA, en situación de emergencia sanitaria

Requisitos Generales

1

El trabajador/a debe estar afiliado al seguro, afiliación que se entenderá efectuada por el sólo 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 previsionales.

2

Contar con una licencia médica emitida por el médico tratante, junto con los demás antecedentes que en cada caso sean requeridos.

3

El permiso SANNA se otorga en un formulario que se encuentra disponible para su descarga en los sitios web: www.minsal.cl; www.infocompin.cl y www.suseso.cl.

Requisitos Formales según tipo de trabajador/a y forma de acreditación



Trabajador/a dependiente

1 Tener una relación laboral vigente a la fecha de inicio de la licencia médica.

¿Cómo acreditar?

- ✓ Copia del contrato de trabajo.
- ✓ Copia del decreto de nombramiento.
- ✓ Certificado que acredite que la relación laboral se encuentra vigente al inicio de la licencia médica.

Si a una COMPIN o Subcomisión, puede tener por acreditada la relación laboral con los datos que el empleador consignó en la licencia médica, en concordancia con la información proporcionada para verificar el requisito de cotizaciones, no será necesario acompañar ninguno de los documentos indicados anteriormente.

2 Registrar 8 cotizaciones previsionales mensuales, continuas o discontinuas, en los últimos 24 meses anteriores al inicio de la licencia médica. Las 3 últimas cotizaciones más próximas al inicio de la licencia, deben ser continuas.

¿Cómo acreditar?

- ✓ Certificado de cotizaciones emitido por PREVIRED o por la entidad previsional respectiva. de un período de 24 meses, o de un período menor si con ello basta para acreditar el cumplimiento del requisito.

Trabajador/a independiente

1 Que realice actividad que le genere ingresos.

¿Cómo acreditar?

- ✓ Copias de declaraciones mensuales de impuesto a la renta.
- ✓ Impuesto al valor agregado.
- ✓ Boletas de honorarios
- ✓ Patentes municipales, según la naturaleza de que se trate.

2 Registrar 12 cotizaciones previsionales mensuales, continuas o discontinuas, en los últimos 24 meses anteriores a la fecha de inicio de la licencia médica. Las 5 últimas cotizaciones más próximas al inicio de la licencia, deben ser continuas.

¿Cómo acreditar?

- ✓ Certificado de cotizaciones previsionales emitido por PREVIRED o de la entidad previsional respectiva, de los 24 meses anteriores al inicio de la licencia médica, o de un período menor, si acredita el cumplimiento de este requisito

3 Estar al día en el pago de las cotizaciones para pensiones, salud, seguro de la Ley N° 16.744 y para la Ley N° 21.063.


¿Cómo acreditar?

- ✓ Planillas de pago de cotizaciones del mes anterior al inicio de la licencia médica, salvo que dicho pago se refleje en el certificado a que se refiere el requisito anterior

Trabajador/a temporal cesante


1 12 o más meses de afiliación previsional con anterioridad a la fecha de inicio de la licencia médica.

¿Cómo acreditar?

 Certificado de afiliación respectivo, salvo que del propio certificado de cotizaciones se deduzca el cumplimiento del requisito.


2 Registrar, a lo menos, 8 cotizaciones previsionales mensuales, continuas o discontinuas, en calidad de trabajador dependiente, en los últimos 24 meses anteriores a la fecha de inicio de la licencia médica.

¿Cómo acreditar?

 Certificado de cotizaciones previsionales emitido por PREVIRED o de la entidad previsional respectiva, de los últimos 24 meses anteriores al inicio de la licencia médica, o de un período menor, si acredita el cumplimiento de este requisito

3 Las 3 últimas cotizaciones dentro de los 8 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.

¿Cómo acreditar?

 Copia del respectivo contrato

Requisitos Formales por tipo de trabajador

En el caso de los trabajadores/as independientes y trabajadores/as temporales cesantes, deberán completar los datos de su responsabilidad en el formulario y en el informe complementario SANNA y acompañar a éstos los demás antecedentes requeridos, documentación que debe presentar ante la COMPIN de su domicilio, dentro de los 2 días hábiles siguientes a la fecha de su emisión, siempre que esté dentro del período de su vigencia.



Pronunciamiento de la Licencia Médica por COMPIN

1 A contar del 1 de febrero de 2019, la tramitación y pronunciamiento de las Licencias Médicas SANNA está radicada en las COMPIN. Antes de dicha data, la tramitación y el pronunciamiento se encontraba centralizado en el Departamento de Coordinación Nacional de las COMPIN (DCNC).

2 Recepcionado el formulario por parte de la COMPIN, ésta 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 podrá prorrogarse por siete días hábiles más.

3 De no ser observada dentro de estos plazos, la licencia médica se entenderá aprobada.

4 La autorización, modificación o rechazo de la licencia médica será comunicada por la COMPIN al trabajador o a la trabajadora y al empleador en forma electrónica, la COMPIN deberá además comunicar su decisión a la entidad pagadora del subsidio y a la Superintendencia de Seguridad Social.

Duración del Permiso

En caso de Cáncer y cuidados paliativos cáncer avanzado

- El permiso por Cáncer para cada trabajador/a, tendrá una duración de **90 días**, 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 por cuidados paliativos de cáncer avanzado tendrá una duración de **60 días**.

En caso de trasplante de órgano sólido y de progenitores hematopoyéticos

El permiso para cada trabajador/a, tendrá una duración de hasta **90 días**, por cada hijo/a afectado por dicha condición grave de salud, respecto del mismo diagnóstico, contados desde el inicio de la primera licencia médica.

Fase o estado terminal, incluido tratamiento alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado

El permiso para cada trabajador/a en los casos de fase o estado terminal de la vida durará hasta producido el deceso del hijo/a.

En caso de accidente grave

El permiso para cada trabajador o trabajadora tendrá una duración máxima de hasta **45 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.

Extensión de la Licencia médica

Sin perjuicio de los plazos de duración máxima del permiso, cada licencia médica se otorgará por períodos de hasta 15 días, pudiendo ser prorrogada por períodos iguales, sea en forma continua o discontinua. Con todo, la suma de los días correspondientes a las licencia no podrá exceder de los plazos máximos antes indicados.

Las licencias médicas emitidas por menos de 11 días, no tienen carencia por los tres primeros días.

Los permisos podrán usarse por media jornada en aquellos casos en que el médico tratante prescriba que la atención, acompañamiento o el cuidado personal del hijo/a pueda efectuarse bajo esta modalidad, en cuyo caso tendrá una duración de hasta 30 días. Para efectos del cálculo de la duración del permiso, se entenderá que las licencias médicas otorgadas por media jornada equivalen a medio día.



Uso del permiso por ambos padres

A

Si el padre y la madre son trabajadores con derecho al Seguro **podrán hacer uso del permiso conjunta o separadamente**, según ellos lo determinen. En caso de optar los padres por usarlas conjuntamente, el médico tratante deberá entregar a cada uno una licencia.

B

Cuando ambos padres sean trabajadores con derecho a las prestaciones del Seguro, **cualquiera de ellos podrá traspasar al otro la totalidad del permiso que le corresponde una vez que ese agote su permiso. Excepción: contingencia de fase o estado terminal de la vida.**

C

Para los casos de accidente grave con riesgo de muerte o de secuela funcional grave y permanente, **sólo se podrá traspasar hasta dos tercios del período total del permiso, es decir 30 días.**

Madre o padre con cuidado personal por Resolución Judicial

Si ambos padres son trabajadores con derecho a las prestaciones del Seguro y uno de ellos tiene el cuidado personal del hijo/a, 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/a podrá igualmente traspasar hasta el total del período máximo que le corresponde, al otro padre o madre.

Tercero que tiene cuidado del menor por Resolución Judicial

A

Cuando un trabajador o trabajadora, distinto del padre o madre, tenga el cuidado personal del niño o niña por resolución judicial y que cumpla con los requisitos habilitantes del Seguro, solo éste podrá hacer uso del permiso, en los mismos términos que habría correspondido al padre o la madre.

B

No obstante, si ambos padres o solo uno de ellos tienen cobertura del Seguro, el tercero podrá hacer uso de su propio período de permiso más uno del padre o de la madre. Si ninguno de los padres del menor tiene cobertura del Seguro, el tercero solo podrá hacer uso solo de su propio período de permiso (si es trabajador/a).

C

En todos estos casos, el tercero no podrá traspasar ningún día de permiso al padre o madre del menor, aunque tengan los requisitos para acceder al beneficio del SANNA.

Pago del Subsidio por Incapacidad Laboral - SIL

El subsidio se calculará y pagará por las Mutualidades de Empleadores de la Ley N°16.744 y el Instituto de Seguridad Laboral, según corresponda.

También se podrán efectuar los pagos a través de convenios con otras instituciones u organismos públicos o privados.

Este seguro se financia con una cotización mensual de cargo del empleador o del trabajador/a independiente, según corresponda, cuyo monto es de un 0,03%* de las remuneraciones o rentas imponibles.

* 0,03% a partir del 1 de enero de 2020.



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 A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR(A)

APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			NOMBRES			RUN			
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	M.F.						
FECHA OTORGAMIENTO			FECHA INICIO PERMISO			EDAD			SEXO			
N° DE DÍAS*			N° DE DÍAS EN PALABRAS			FIRMA TRABAJADOR(A)						
CORREO ELECTRÓNICO DEL TRABAJADOR(A) (Constituye mecanismo de comunicación oficial con la contraloría médica y entidad pagadora del subsidio)												

Sólo 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/sin goce de remuneración.

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO(A) **

APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			NOMBRES			RUN			
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	M.F.						
FECHA NACIMIENTO			EDAD			SEXO						

A.3 CONTINGENCIA CUBIERTA ***

- A = CÁNCER
- B = TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO Y DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS
- C = FASE O ESTADO TERMINAL DE VIDA
- C.1 = TRATAMIENTOS DESTINADOS AL ALIVIO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS POR CÁNCER AVANZADO
- D = ACCIDENTE GRAVE CON RIESGO DE MUERTE O DE SECUELA FUNCIONAL GRAVE Y PERMANENTE

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

<input type="checkbox"/> 1= Reposo Laboral Total	<input type="checkbox"/> SÓLO PARA REPOSO PARCIAL	<input type="checkbox"/> A= Mañana
<input type="checkbox"/> 2= Reposo Laboral Parcial		<input type="checkbox"/> B= Tarde
		<input type="checkbox"/> C= Noche
LUGAR DE REPOSO <input type="checkbox"/> 1= Su domicilio <input type="checkbox"/> 2= Hospital <input type="checkbox"/> 3= Otro domicilio		
JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)		
DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA		
TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) (56)		

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			NOMBRES			RUN			
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	M.F.						
ESPECIALIDAD			TIPO PROFESIONAL			REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL			FIRMA DEL PROFESIONAL			
CORREO ELECTRÓNICO												
DIRECCIÓN												
TELÉFONO (56)												

A.6 DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL			OTROS DIAGNÓSTICOS		
ANTECEDENTES CLÍNICOS					
EXÁMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO					



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 B: USO EXCLUSIVO SERVICIO DE COMPIN

TIPO DE PRONUNCIAMIENTO		RESOLUCIÓN N°		ESTABLECIMIENTO		CÓDIGO ESTABLECIMIENTO					
TIPO DE LICENCIA		DESDE		HASTA		AUTORIZADO POR		DIAGNÓSTICO		N° DÍAS PREVIOS	
		DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO		DÍAS				1=Primera 2=Continuación	
REDICTAMEN		CAUSA RECHAZO		SÓLO PARA REPOSO PARCIAL		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.		B=Con derecho a subsidio de cargo del empleador o entidad responsable Art. 56.		C=Sin derecho a subsidio.	
<input type="checkbox"/> 1=Autorizase <input type="checkbox"/> 2=Rechazase <input type="checkbox"/> 3=Amplíase <input type="checkbox"/> 4=Redúcese <input type="checkbox"/> 5=Pendiente de Resolución		<input type="checkbox"/> 1=Reposo Injustificado <input type="checkbox"/> 2=Diagnóstico Irrecuperable <input type="checkbox"/> 3=Fuera de Plazo <input type="checkbox"/> 4=Incumplimiento <input type="checkbox"/> 5=Otro(Especificar)		<input type="checkbox"/> 1=Reposo Laboral Total <input type="checkbox"/> 2=Reposo Laboral Parcial							
CAUSA DE MODIFICACIÓN O RECHAZO				PENDIENTE POR				NOMBRE, TIMBRE Y FIRMA MÉDICO AUTORIZADO			
FECHA DE RECEPCIÓN EN COMPIN		FECHA DE EMISIÓN RESOLUCIÓN		REDICTAMEN						REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	
DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO							

El artículo 38 de la Ley 18.469 sanciona la simulación o engaño, con reclusión menor en sus grados mínimo a medio.

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

APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			NOMBRES			RUN			
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	M.F.						
FECHA OTORGAMIENTO			FECHA INICIO PERMISO			N° DE DÍAS*			N° DE DÍAS EN PALABRAS			
EDAD			SEXO									
APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			NOMBRES			RUN			
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	M.F.						
FECHA NACIMIENTO			EDAD			SEXO			FECHA DE RECEPCIÓN POR EL EMPLEADOR			
									FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR(A)			

NOTAS

- * Este formulario se otorgará por períodos de hasta quince días, salvo si se hace uso del permiso en media jornada, modalidad que deberá ser autorizada por el profesional tratante.
- ** Son causantes del beneficio: los niños y niñas mayores de un año y menores de dieciocho años de edad afectados por una condición grave de salud. En el caso de la letra D) de este formulario, serán causantes del beneficio los niños y niñas mayores de un año y menores de quince años de edad.
- *** A partir del 1° de febrero de 2018, tendrán cobertura de este Seguro la contingencia señalada en la letra A) y los tratamientos destinados al alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado, indicados en la letra b) del artículo 10 de la Ley N° 21.063.
- A partir del 1° de julio de 2018, tendrá cobertura de este Seguro la contingencia señalada en la letra B).
- A partir del 1° de enero de 2020, tendrá cobertura de este Seguro la contingencia señalada en la letra C).
- A partir del 1° de diciembre de 2020, tendrá cobertura de este Seguro la contingencia señalada en la letra D).



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)

Form fields for employer identification: RUN EMPLEADOR, TELÉFONO, FECHA DE RECEPCIÓN POR EL EMPLEADOR (DÍA, MES, AÑO)

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

Form fields for employer email and worker identification: 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

OCCUPACIÓN

- 11=Ejecutivo o Directivo
12=Profesor
13=Otro Profesional
14=Técnico
15=Vendedor
16=Administrativo
17=Obrero, 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

Form fields for pension regime: 1=D.L. 3501 IPS (ex INP), 2=D.L. 3500 A.F.P., Código, Letra, Nombre, Int. Prev.

CALIDAD TRABAJADOR(A)

Form fields for worker status: 1=Trabajador sector público afecto a la Ley nº 18.834, 2=Trabajador sector público no afecto a la Ley nº 18.834, 3=Trabajador dependiente sector privado, 4=Trabajador independiente

SEGURO DESEMPLEO

Form fields for unemployment insurance: Trabajador afiliado a AFC, Contrato de duración indefinida

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN:

RÉGIMEN LEY N° 16.744

ÚLTIMO EN CASO DE CESANTE TEMPORAL

Form fields for Ley 16.744 regime: I=ISL, J=ACHS, K=MUTUAL, L=IST, M=DIVISIONES DE CODELCO, N=UNIVERSIDAD CATÓLICA

RÉGIMEN SALUD COMÚN

Form fields for common health regime: O=FONASA (79%), P=ISAPRE, NOMBRE, COTIZACIÓN, PACTADA

FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL

Form fields for first affiliation date: Día, Mes, Año

FECHA CONTRATO DE TRABAJO

Form fields for contract date: Día, Mes, Año

CESANTE TEMPORAL

Sección exclusiva para cesante temporal

Form fields for temporary cessation: Último tipo de contrato, Fecha del último contrato de trabajo, Fecha de inicio de cesantía temporal

FECHA DE RECEPCIÓN COMPIN

Form fields for COMPIN reception date: 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. Soloamente 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 comente 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.



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)

CONTINUACIÓN SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.3 INFORME DE REMUNERACIONES O RENTAS DE LOS MESES MÁS PRÓXIMOS AL INICIO DE LA LICENCIA:

Últimos 3 meses de remuneraciones en el caso de trabajador dependiente, últimos 5 meses de rentas o remuneraciones para independientes, últimos 12 meses para cesante temporal

Los trabajadores del sector privado y los trabajadores del sector público deben registrar anotaciones en las columnas C, D y E cuando corresponda. Los trabajadores del sector público que cobren para desahucio y aquellos trasladados en virtud del D.F.L. 1-2003/RD, además deben registrar remuneraciones en la columna B.

Table with columns: Código Institución Previsional, Mes, Año, N° días, Imponible desahucio para trabajadores corporación municipal y públicos, Remuneraciones imponibles, Total remuneraciones imponibles para pensiones y salud, Subsidio por incapacidad laboral, Remuneración imponible mes anterior a inicio del permiso SANNA

C.4 LICENCIAS ANTERIORES: De últimos 3 meses para el caso de dependientes, 5 para independientes y 12 para cesante temporal

Table for previous licenses: Total Dias, Desde (Día, Mes, Año), Hasta (Día, Mes, Año), 1=Si, 2=No

TRABAJADOR CON OTRO PERMISO

En caso de encontrarse haciendo uso de otro permiso:

- 1=Feriado Legal
2=Permiso con goce de remuneración
3=Permiso sin goce de remuneración
4=Licencia Médica (común, laboral, maternal o SANNA por otro hijo)
5=Permiso Postnatal Parental

Form fields for other permit: FECHA INICIO, FECHA TÉRMINO

El empleador deberá presentar el formulario de permiso SANNA ante la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN) correspondiente, dentro de los tres días 3 hábiles siguientes de recepcionado el documento

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR(A), TRABAJADOR(A) INDEPENDIENTE O CESANTE TEMPORAL

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. Soloamente 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 comente que éste se encuentra haciendo uso de los beneficios o permisos laborales indicados precedentemente. El trabajador(a) temporalmente cesante debe señalar el organismo administrador del Seguro de la Ley N° 16.744 de su último empleador.



INFORME COMPLEMENTARIO SANNA

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

Otorgamiento de permiso SANNA

N° S - []

Unio exclusivo Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPMI)

IC.1 PARA SER LLENADO POR TRABAJADOR(A)

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR(A)

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN

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

INFORMACIÓN DEL MENOR

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN

DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO

FECHA NACIMIENTO EDAD SEXO COMUNA DE RESIDENCIA HABITUAL DEL MENOR FECHA DEL INFORME FIRMA DEL TRABAJADOR(A)

SECCIÓN DEL MEDIO DE PAGO

Seleccione con una "X" el medio de pago deseado para un eventual subsidio emanado de este seguro:

1. TRANSFERENCIA BANCARIA (completar la siguiente información)
 NOMBRE DEL BANCO: _____
 TIPO DE CUENTA: CORRIENTE AHORRO VISTA R.U.T.
 NUMERO DE CUENTA: _____
 2. CHEQUE NOMINATIVO
 3. ORDEN DE PAGO
 4. EFECTIVO

EXISTENCIA DE TRASPASO DE DÍAS DESDE OTRO BENEFICIARIO

1=SI 2=NO
 FECHA PRESENTACIÓN: DÍA MES AÑO N° DE DÍAS TRASPASO:
 RUN DEL BENEFICIARIO QUE TRASPASÓ LOS DÍAS: -
 NOMBRE ENTIDAD PAGADORA: _____ (DONDE SE PRESENTÓ CARTA A VISO)
 NÚMERO FORMULARIO DE TRASPASO: _____ (ASIGNADO DONDE SE PRESENTÓ EL AVISO)

Doble hasta aquí para proteger información sensible del informe (IC.2 para ser llenado por el profesional tratante) y cubra con cinta adhesiva transparente.

IC.2 PARA SER LLENADO POR PROFESIONAL TRATANTE:

INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL TRATANTE

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN

SELECCIONE CONTINGENCIA POR LA CUAL SE EXTIENDE EL PERMISO SANNA (MARQUE CON UNA "X"), COMPLETANDO LA INFORMACIÓN REQUERIDA:

A. CÁNCER

ETAPAS: SOSPECHA; CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICO; TRATAMIENTO; SEGUIMIENTO; RECIDIVA.

B. TRASPLANTE

ÓRGANO SÓLIDO: TRASPLANTE EFECTUADO, CON FECHA: DÍA MES AÑO
 NO SE HA EFECTUADO EL TRASPLANTE
 Menor inscrito en Registro de Nacional de potenciales receptores de órganos (debe acreditar con certificado de Coordinadora Nacional de Trasplante) En estudio donante vivo
 PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS: DÍA MES AÑO
 FECHA DEL TRASPLANTE: DÍA MES AÑO

C. FASE O ESTADO TERMINAL DE LA VIDA

*Debe acompañar informe escrito favorable emitido por el director del área médica del prestador institucional de salud respectivo.
 FASE O ESTADO TERMINAL DE LA VIDA
 TRATAMIENTO DESTINADO AL ALIVIO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS POR CÁNCER AVANZADO (Indicar patología, la que debe estar prevista dentro de los Garantías Explícitas en Salud establecidas en la Ley N° 21.960 y sus reglamentos, salvo mayores de 15 años y menores de 18 años de edad)
 PATOLOGÍA: _____

D. ACCIDENTE GRAVE CON RIESGO DE MUERTE O DE SECUELA FUNCIONAL GRAVE Y PERMANENTE

*Sólo podrá otorgarse a partir del día undécimo de ocurrido el accidente

FECHA DEL ACCIDENTE: DÍA MES AÑO

BREVE RELACIÓN DE LAS CIRCUNSTANCIAS EN QUE SE PRODUJO EL ACCIDENTE

BREVE HISTORIA CON FUNDAMENTOS CLÍNICOS Y/O DE LABORATORIO Y/O DE IMAGENOLÓGIA

EVOLUCIÓN, TRATAMIENTOS MÉDICOS Y/O QUIRÚRGICOS EFECTUADOS (FECHA DE OPERACIÓN, SI PROCEDE), RESULTADOS OBTENIDOS

CONCLUSIÓN U OTRO COMENTARIO

Doble desde aquí

Doble desde aquí

DÍA MES AÑO

FIRMA DEL PROFESIONAL



Muchas Gracias

