

SECCIÓN B: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

<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 = Autorízase <input type="checkbox"/> 2 = Recházase <input type="checkbox"/> 3 = Ampliase <input type="checkbox"/> 4 = Redúcese <input type="checkbox"/> 5 = Pendiente de Resolución REDICTAMEN <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CAUSA RECHAZO 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 SÓLO PARA REPOSO PARCIAL <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"/>				
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	

DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO	<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)

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

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

<input type="text"/>																								
RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR(A)																								
<input type="text"/>						-	(56) <input type="text"/>						DÍA			MES			AÑO					
RUN/RUT EMPLEADOR							TELÉFONO						FECHA DE RECEPCIÓN POR EL EMPLEADOR											
<input type="text"/>																								
CORREO ELECTRÓNICO DEL EMPLEADOR(A) (Constituye mecanismo de comunicación oficial con la contraloría médica y entidad pagadora del subsidio)																								
<input type="text"/>						-	<input type="text"/>																	
RUN TRABAJADOR							DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR(A)																	
<input type="text"/>																								
COMUNA DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR(A)																								
<input type="text"/>																								
CÓDIGO COMUNAL (uso COMPIN)																								

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR(A)
<input type="checkbox"/> 0=Agricultura, Servicios Agrícolas, Silvicultura y Pesca
<input type="checkbox"/> 1=Minas, Petróleos y Canteras
<input type="checkbox"/> 2=Industrias Manufactureras
<input type="checkbox"/> 3=Construcción
<input type="checkbox"/> 4=Electricidad, Gas y Agua
<input type="checkbox"/> 5=Comercio
<input type="checkbox"/> 6=Transporte, Almacenamiento y Comunicaciones
<input type="checkbox"/> 7=Finanzas, Seguros, Bienes Muebles y Servicios Técnicos, Profesionales y Otros
<input type="checkbox"/> 8=Servicios Estatales, Sociales, Personales e Internacionales
<input type="checkbox"/> 9=Actividad No Especificada

OCUPACIÓN
<input type="checkbox"/> 11=Ejecutivo o Directivo
<input type="checkbox"/> 12=Profesor
<input type="checkbox"/> 13=Otro Profesional
<input type="checkbox"/> 14=Técnico
<input type="checkbox"/> 15=Vendedor
<input type="checkbox"/> 16=Administrativo
<input type="checkbox"/> 17=Operario, Trabajador Manual
<input type="checkbox"/> 18=Trabajador de Casa Particular
<input type="checkbox"/> 19=Otro (Especificar)

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

RÉGIMEN PREVISIONAL <input type="checkbox"/> 1=D.L. 3501 IPS (ex INP) <input type="checkbox"/> 2=D.L. 3500 A.F.P. Código <input type="text"/> Letra (Caja Prev.) <input type="text"/> Nombre <input type="text"/> Int. Prev. <input type="text"/>	CALIDAD TRABAJADOR(A) <input type="checkbox"/> 1=Trabajador sector público afecto a la Ley n° 18.834. <input type="checkbox"/> 2=Trabajador sector público no afecto a la Ley n° 18.834. <input type="checkbox"/> 3=Trabajador dependiente sector privado <input type="checkbox"/> 4=Trabajador Independiente	SEGURO DESEMPLEO Trabajador afiliado a AFC <input type="checkbox"/> 1=Sí <input type="checkbox"/> 2=No Contrato de duración indefinida <input type="checkbox"/> 1=Sí <input type="checkbox"/> 2=No
---	--	---

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN:

RÉGIMEN LEY N° 16.744 <small>ÚLTIMO EN CASO DE CESANTE TEMPORAL</small> <input type="checkbox"/> I=ISL <input type="checkbox"/> J=ACHS <input type="checkbox"/> K=MUTUAL <input type="checkbox"/> L=IST <input type="checkbox"/> M=DIVISIONES DE CODELCO <input type="checkbox"/> N=UNIVERSIDAD CATÓLICA	RÉGIMEN SALUD COMÚN <input type="checkbox"/> O=FONASA (7%) <input type="checkbox"/> P=ISAPRE NOMBRE: <input type="text"/> COTIZACIÓN PACTADA: <input type="text"/> UF	FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DÍA MES AÑO	FECHA CONTRATO DE TRABAJO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DÍA MES AÑO
--	--	---	--

CESANTE TEMPORAL <input type="checkbox"/> 1=Sí, 2=No <i>Sección exclusiva para cesante temporal</i> ÚLTIMO TIPO DE CONTRATO: <input type="checkbox"/> 1=Indefinido <input type="checkbox"/> 2=Plazo fijo <input type="checkbox"/> 3=Obra o Faena FECHA DEL ÚLTIMO CONTRATO DE TRABAJO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DÍA MES AÑO FECHA DE INICIO DE CESANTIA TEMPORAL: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DÍA MES AÑO

FECHA DE RECEPCIÓN COMPIN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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.

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 cotizan para desahucio y aquellos traspasados en virtud del D.F.L. 1-3063/80, además deben registrar remuneraciones en la columna B.

Código Institución Previsional	Mes al cual corresponden las remuneraciones			Remuneraciones imponibles			Subsidio por incapacidad laboral		Remuneración imponible mes anterior a inicio del permiso SANNA (hasta el tope vigente)
	Mes	Año	N° días	Imponible desahucio para trabajadores corporación municipal y públicos	Total remuneraciones imponibles para pensiones y salud (hasta el tope vigente)		Monto	N° días	
	A			B	C		D	E	

\$

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

Total Días	Desde			Hasta		
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

TRABAJADOR CON OTRO PERMISO 1=Si 2=No

En caso de encontrarse haciendo uso de otro permiso:

TIPO DE FERIADO LEGAL

- 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

FECHA INICIO
DÍA MES AÑO

FECHA TÉRMINO
DÍA MES AÑO

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