

AU08-2020-01365



CIRCULAR N° 3534

SANTIAGO, 10-09-2020

**SEGURO PARA EL ACOMPAÑAMIENTO DE NIÑOS Y NIÑAS.
MODIFICA Y COMPLEMENTA INSTRUCCIONES
IMPARTIDAS POR LA CIRCULAR N° 3.363, DE 2018, DE LA
SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL**

Esta Superintendencia en el ejercicio de las atribuciones que le confieren las Leyes N°s. 16.395, 21.010 y 21.063, ha estimado necesario modificar y complementar las instrucciones impartidas por su Circular N° 3.363, de 2018, que instruye a las Mutualidades de Empleadores de la Ley N° 16.744 y al Instituto de Seguridad Laboral para que remitan mensualmente la información de la recaudación, gasto y movimientos de recursos del Fondo SANNA.

Las instrucciones de la presente Circular tienen por objeto proporcionar nuevas herramientas que permitan mejorar la gestión y fiscalización de los recursos del Fondo SANNA, ya sea agregando nuevos campos a los archivos de rendiciones que actualmente se están remitiendo, como a su vez, incorporando documentos electrónicos (XML) a los Informes Financieros, los cuales deberán utilizar una firma electrónica avanzada.

I. MODIFICACIONES A LA CIRCULAR N° 3.363

1. Agrégase en el Capítulo III, Título 1, letra a), literal i., denominado “Informe de Recaudación Mensual”, los siguientes párrafos:

“Las Entidades recaudadoras de cotizaciones del seguro SANNA deberán remitir, en formato de documento electrónico (XML), el “Informe Mensual de Recaudación por cotizaciones del Seguro SANNA”. El formato y estructura de dicho informe se encuentra descrito en el Anexo N° 1 de la presente Circular.

Este Informe deberá remitirse con firma electrónica avanzada, por la persona que cada Entidad autorice para realizar esta rendición”.

2. Reemplázase en el Capítulo III, Título 1, letra a), literal i, subtítulo “Detalle de cotizaciones SANNA declaradas y No pagadas”, el primer párrafo, por el siguiente:

“La partida B. “Cotizaciones SANNA declaradas y No pagadas” corresponde a:

$$B = (B.1 + B.2 + B.3 + B.4 - B.5 - B.6)$$

La descripción de como deberá quedar el Informe Financiero de la Recaudación por cotizaciones del seguro SANNA, se encuentra detallado en el Anexo N° 2 de la presente Circular”.

3. Agrégase en el Capítulo III, Título 2, letra a), literal i., denominado “Informe Mensual del Gasto en Subsidios y Cotizaciones”, los siguientes párrafos:

“Las Entidades Pagadoras de subsidios SANNA deberán remitir, en formato de documento electrónico (XML), el “Informe Mensual del Gasto en Subsidios y Cotizaciones”. El formato y estructura de dicho informe se encuentra descrito en el Anexo N° 3 de la presente Circular.

Este Informe deberá remitirse con firma electrónica avanzada, por la persona que cada Entidad autorice para realizar esta rendición”.

4. Agrégase en el Capítulo III, Título 3, letra a), literal i., denominado “Informe Mensual de Movimientos del Fondo SANNA”, los siguientes párrafos:

“Las Entidades Administradoras del Fondo SANNA deberán remitir, en formato de documento electrónico (XML), el “Informe Mensual de Movimiento del Fondo SANNA”. El formato y estructura de dicho informe se encuentra descrito en el Anexo N° 4 de la presente Circular.

Este Informe deberá remitirse con firma electrónica avanzada, por la persona que cada Entidad autorice para realizar esta rendición”.

5. Reemplázase el Capítulo IV, por el siguiente:

“DE LOS FIRMANTES AUTORIZADOS

Cada Entidad Participante deberá remitir un oficio o carta, firmada por el Director o Gerente General, según sea el caso, informando quienes serán las personas que dicha Entidad ha autorizado para hacer las rendiciones de cada uno de los informes.

El oficio o carta a remitir, deberá contener la siguiente información:

- Nombre de la persona
- RUN de la persona
- Cargo de la persona
- Tipo de Rendición Informe financiero que va a rendir (Recaudación, Gasto y/o Movimiento)

Se podrá autorizar a las personas que dicha Entidad Participante estime convenientes, pudiendo autorizar a más de una persona por Tipo de Rendición. El plazo a remitir dicha información será de 5 días hábiles contados desde la emisión de la presente Circular.

Cualquier modificación respecto a las personas que se encuentran autorizadas para hacer las rendiciones, deberá ser informado a esta Superintendencia a través de un oficio o carta conductora y firmada por la máxima autoridad de esa Entidad.

Encontrándose vigentes las presentes instrucciones, los Informes Financieros que remitan las entidades e instituciones esta Superintendencia, a través del nuevo Sistema de Información Tecnológico (SIT-SANNA), comunicado por la Circular N°3533, de 2020, deberán estar firmados en forma electrónica solo por los firmantes autorizados que fueron previamente informados por cada Entidad”.

6. Modifícase en el Anexo N°2, el Archivo Plano 1, denominado “Detalle de declaraciones por empresas”, al tenor de lo que se indica:

A continuación del campo N° 7 “NUM_DECLARACION”, se deberá agregar el campo “IDENTIFICACION_DECLARACION”. La descripción de la información que debe incorporarse en dicho campo se encuentra detallada en el Anexo N° 5 de la presente Circular.

7. Modifícase en el Anexo N°2, el Archivo Plano 3, denominado "Modificaciones al Archivo Plano N°1", de la forma siguiente:

A continuación del campo N° 7 "NUM_DECLARACION", se deberá agregar el campo "IDENTIFICACION_DECLARACION". La descripción de la información que debe incorporarse en dicho campo se encuentra detallada en el Anexo N° 6 de la presente Circular.

8. Modifícase en el Anexo N°4, el Archivo Plano 6, denominado "Subsidios y Cotizaciones Previsionales", como se indica a continuación:

A continuación del campo N° 30 "TRASPASO_SUBSIDIO", se deberá agregar el campo "RUN_TRASPASO". La descripción de la información que debe incorporarse en dicho campo se encuentra detallada en el Anexo N° 7 de la presente Circular.

9. Modifícase en el Anexo N°4, el Archivo Plano 11, denominado "Modificaciones al Archivo Plano N° 6", según lo que se indica a continuación:

- a) A continuación del campo N° 30 "TRASPASO_SUBSIDIO", se deberá agregar el campo "RUN_TRASPASO". La descripción de la información que debe incorporarse en dicho campo se encuentra detallada en el Anexo N° 8 de la presente Circular.
- b) A continuación del campo N° 49 "MONTO_COTIZ_SC", se deberá agregar el campo "OTROS_PAGOS". La descripción de la información que debe incorporarse en dicho campo se encuentra detallada en el Anexo N° 8 de la presente Circular.

II. VIGENCIA

La entrada en vigencia de la presente Circular será a partir de la rendición de la recaudación, gasto y movimientos de recursos correspondiente al mes de octubre de 2020, la que debe realizarse durante el mes de noviembre de 2020. No obstante, durante el mes de septiembre y octubre de 2020, cada Entidad deberá realizar sus cargas en el ambiente de pruebas QA, a objeto de conocer las validaciones que hace el sistema.

III. DIFUSIÓN

Se solicita a Ud. dar la más amplia información a las instrucciones impartidas por la presente Circular, especialmente entre las personas encargadas de su aplicación.

Saluda atentamente a usted,

**CLAUDIO REYES BARRIENTOS
SUPERINTENDENTE DE SEGURIDAD SOCIAL**

PSA/CRR/LBA/GGG/NMM/MPS/ROV/BHA
DISTRIBUCION

- Mutualidades de la Ley N° 16.744
- Instituto de Seguridad Laboral

ANEXO N° 1

INFORME MENSUAL DE RECUADACIÓN POR COTIZACIONES DEL SEGURO SANNA

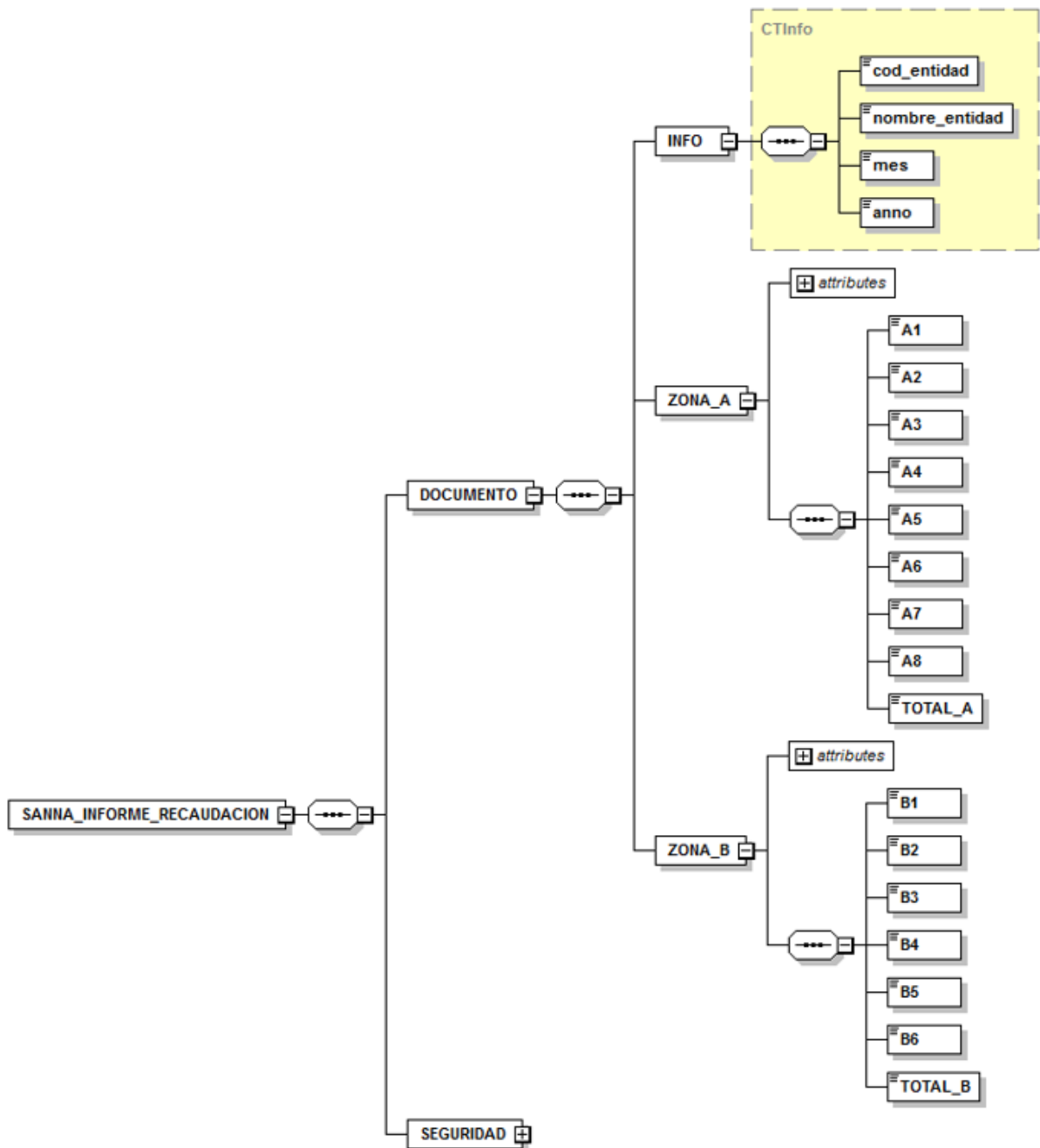


Ilustración 1: XMLSchema de Informe de Recaudación Mensual

ANEXO N° 2

INFORME MENSUAL DE RECAUDACION POR COTIZACIONES DEL SEGURO SANNA (LEY N°21.063)	
	Periodo
ENTIDAD:	
A. INGRESOS (A.3. + A.8.)	\$ -
A.1. Cotizaciones SANNA declaradas y pagadas	\$ -
A.2. Aumentos por correcciones de Cotizaciones SANNA percibidas en Informes anteriores	\$ -
A.3. Subtotal ingresos percibidos por cotizaciones SANNA (A.1. + A.2.)	\$ -
A.4. Intereses por cotizaciones SANNA	\$ -
A.5. Reajustes por cotizaciones SANNA	\$ -
A.6. Multas por cotizaciones SANNA	\$ -
A.7. Otros ingresos percibidos	\$ -
A.8. Subtotal por Intereses, Reajustes, Multas y Otros (A.4. + A.5. + A.6. + A.7.)	\$ -
B. COTIZACIONES SANNA DECLARADAS Y NO PAGADAS (B.1 + B.2 + B.3 + B.4 - B.5 - B.6)	\$ -
B.1. Cotizaciones SANNA declaradas y No pagadas	\$ -
B.2. Aumentos por correcciones de cotizaciones SANNA declaradas y No pagadas	\$ -
B.3. Saldo cotizaciones SANNA declaradas y No pagadas acumulados al mes anterior del Informe	\$ -
B.4. Disminución por correcciones de cotizaciones SANNA declaradas y No pagadas	\$ -
B.5. Rebajas por pago de cotizaciones SANNA que se encontraba como declaradas y No pagadas	\$ -
B.6. Castigo por cotizaciones SANNA declaradas y No pagadas	\$ -
NOMBRE, CARGO Y FIRMA RESPONSABLE (S) <i>(Timbre de la Entidad)</i>	
FECHA :	

ANEXO N° 3

INFORME MENSUAL DE GASTO EN SUBSIDIOS Y COTIZACIONES

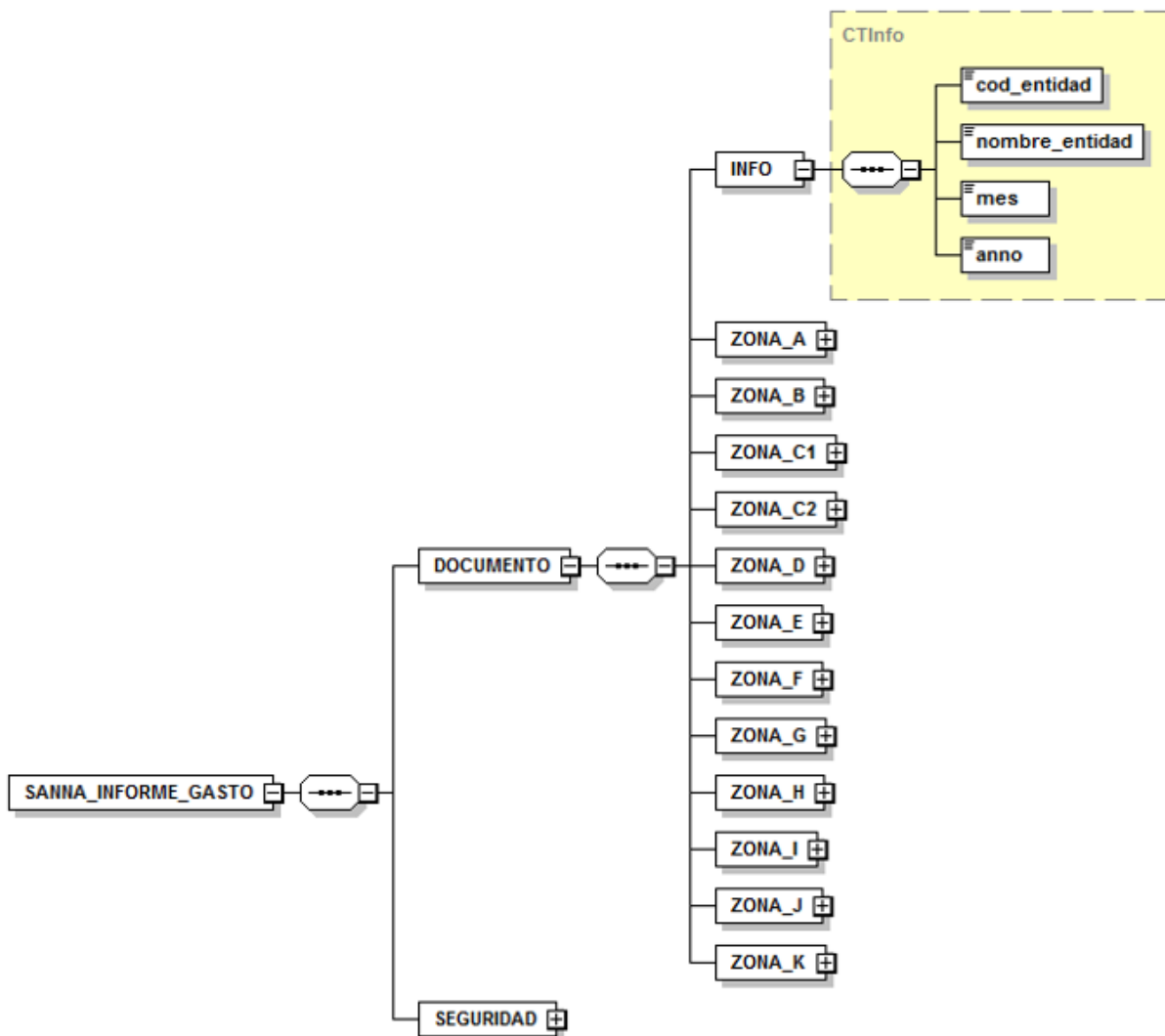


Ilustración 2: XMLSchema de Informe de Gasto Mensual

ANEXO N° 4

INFORME MENSUAL DE MOVIMIENTOS DEL FONDO SANNA

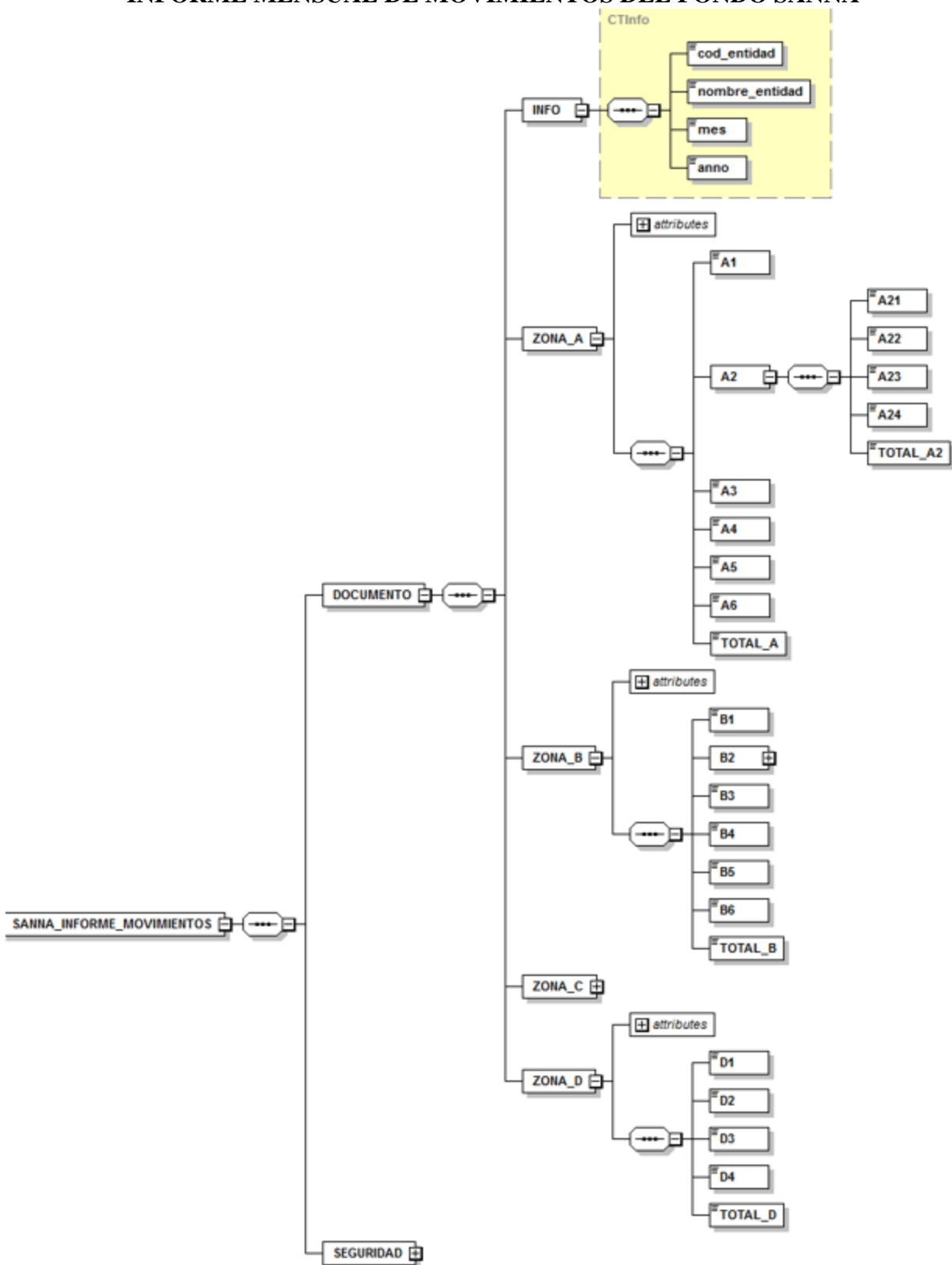


Ilustración 3: XMLSchema de Informe Mensual de Movimientos del Fondo SANNA

ANEXO N° 5**ARCHIVO PLANO 1: “DETALLE DE DECLARACIÓN POR EMPRESA”**

Nº Campo	Nombre Campo	Descripción	Formato	Ejemplo	Tabla de dominos
1	AÑO_MES_INFORMACION	Corresponde al año y mes del Informe de Recaudación en que se está enviando la información.	AAAAMMDD	20180531	-
2	CODIGO_ENTIDAD	Se debe indicar el código asociado a la entidad recaudadora.	N[5]	20111	2
3	CODIGO_ARCHIVO	Se debe indicar el código de archivo.	N[2]	1	1
4	RUT_EMPLEADOR	Rol Único Tributario del empleador, incluye guion y dígito verificador. Tratándose de trabajadores independientes y de trabajadores(as) temporal cesante, se deberá indicar el RUN del beneficiario.	A[11]	72354687-9	-
5	NOMBRE_EMPLEADOR	Nombre o razón social del empleador.	A[80]	Ferretería O'higgins S.A.	-
6	AÑO_MES_REMUNERACION	Se debe indicar el año y mes de la remuneración a que hace referencia la cotización que se está declarando.	AAAAMM	201804	-
7	NUM_DECLARACION	Número de la planilla de la declaración de cotizaciones.	A[20]	A-55016	-
8	IDENTIFICACION_DECLARACION	Número de folio de la planilla nominada, física o electrónica, asociada con la declaración y pago, o declaración y no pago de la obligación previsional.	A[20]	AA-100547	-
9	FECHA_DECLARACION	Fecha en la cual se hace la declaración.	AAAAMMDD	20180510	-
10	TIPO_DECLARACION	Deberá señalarse si la declaración se encuentra pagada o declarada y no pagada.	N[1]	2	3
11	FECHA_DE_PAGO	Fecha en la que se realizó el pago de cotizaciones de la declaración.	AAAAMMDD	20180715	-
12	TOTAL TRABAJADORES	Número total de trabajadores por la cual se hace la declaración.	N[8]	57	-
13	TOTAL REMUNERACIONES IMPONIBLES	Corresponde a la suma de la remuneración imponible de todos los trabajadores que se informan en la declaración.	N[12]	25645346	-
14	TASA_COTIZACION_SANNA	Tasa vigente de la cotización SANNA, se debe expresar en decimales.	N[1,5]	0,0001	-
15	TOTAL_COTIZACION_SANNA	Suma del monto total de la cotización SANNA en \$.	N[10]	2565	-
16	TASA_REAJUSTE_APLICADO	Corresponde a la tasa de reajuste que se le cobra a la empresa por pagar una declaración en forma atrasada, se debe expresar en decimales.	N[5,5]	0,012	-
17	REAJUSTES_COTIZACION_SANNA	Deberá señalarse el monto de los reajustes que le corresponde al subsidio SANNA	N[10]	320	-
18	DEUDA_CONDONADA	Deberá señalarse si existe o no condonación de la deuda.	N[1]	1	4
19	TASA_INTERÉS_APLICADA	Corresponde a la tasa de interés que se le cobra a la empresa por pagar una declaración en forma atrasada, se debe expresar en decimales.	N[5,5]	0,05	-
20	INTERESES_SUBSIDIO_SANNA	Deberá señalarse el monto de los intereses que le corresponde al subsidio SANNA	N[10]	105	-
21	TASA_MULTAS	Deberá señalarse valor cobrado en UF por cada trabajador.	N[5,5]	0,75	-
22	MULTAS_SUBSIDIO_SANNA	Deberá señalarse el monto de las multas que le corresponde al subsidio SANNA	N[10]	105000	-
23	TIPO_DE_REGISTRO_RECAUDACION	Deberá señalarse el tipo de registro.	N[1]	1	6

ANEXO N° 6**ARCHIVO PLANO 3: “MODIFICACIONES AL ARCHIVO PLANO N° 1”**

Nº Campo	Nombre Campo	Descripción	Formato	Ejemplo	Tabla de dominos
1	AÑO_MES_INFORMACION	Corresponde al año y mes del Informe de Recaudación en que se está enviando la información.	AAAAMMDD	20180531	-
2	CODIGO_ENTIDAD	Se debe indicar el código asociado a la entidad recaudadora.	N[5]	20111	2
3	CODIGO_ARCHIVO	Se debe indicar el código de archivo.	N[2]	3	1
4	RUT_EMPLEADOR	Rol Único Tributario del empleador, incluye guion y dígito verificador. Tratándose de trabajadores independientes y de trabajadores(as) temporal cesante, se deberá indicar el RUN del beneficiario.	A[11]	72354687-9	-
5	NOMBRE_EMPLEADOR	Nombre o razón social del empleador.	A[80]	Ferretería O'Higgins S.A.	-
6	MES_REMUNERACION	Se debe indicar el año y mes de la remuneración a que hace referencia la cotización que se está declarando.	AAAAMM	201804	-
7	NUM_DECLARACION	Número de la planilla de la declaración de cotizaciones.	A[20]	A-55016	-
8	IDENTIFICACION_DECLARACION	Número de folio de la planilla nominada, física o electrónica, asociada con la declaración y pago, o declaración y no pago de la obligación previsional.	A[20]	AA-100547	-
9	FECHA_DECLARACION	Fecha en la cual se hace la declaración.	AAAAMMDD	20180510	-
10	TIPO_DECLARACION	Deberá señalarse si la declaración se encuentra pagada o declarada y no pagada.	N[1]	2	3
11	FECHA_DE_PAGO	Fecha en la que se realizó el pago de cotizaciones de la declaración.	AAAAMMDD	20180715	-
12	TOTAL TRABAJADORES	Número total de trabajadores por la cual se hace la declaración.	N[8]	57	-
13	TOTAL_REMUNERACIONES_IMPONIBLES	Corresponde a la suma de la remuneración imponible de todos los trabajadores que se informan en la declaración.	N[12]	25645346	-
14	TASA_COTIZACION_SANNA	Tasa vigente de la cotización SANNA, se debe expresar en decimales.	N[1,5]	0,0001	-
15	TOTAL_COTIZACION_SANNA	Suma del monto total de la cotización SANNA en \$.	N[10]	2565	-
16	TASA_REAJUSTE_APLICADO	Corresponde a la tasa de reajuste que se le cobra a la empresa por pagar una declaración en forma atrasada, se debe expresar en decimales.	N[5,5]	0,012	-
17	REAJUSTES_COTIZACION_SANNA	Deberá señalarse el monto de los reajustes que le corresponde al subsidio SANNA	N[10]	320	-
18	DEUDA_CONDONADA	Deberá señalarse si existe o no condonación de la deuda.	N[1]	1	4
19	TASA_INTERÉS_APLICADA	Corresponde a la tasa de interés que se le cobra a la empresa por pagar una declaración en forma atrasada, se debe expresar en decimales.	N[5,5]	0,05	-
20	INTERESES_SUBSIDIO_SANNA	Deberá señalarse el monto de los intereses que le corresponde al subsidio SANNA	N[10]	105	-
21	TASA_MULTAS	Deberá señalarse valor cobrado en UF por cada trabajador.	N[5,5]	0,75	-
22	MULTAS_SUBSIDIO_SANNA	Deberá señalarse el monto de las multas que le corresponde al subsidio SANNA	N[10]	105000	-

ANEXO N° 7**ARCHIVO PLANO 6: “SUBSIDIOS Y COTIZACIONES PREVISIONALES PAGADAS”**

Nº Campo	Nombre Campo	Descripción	Formato	Ejemplo	Tabla de dominos
1	AÑO_MES_INFORMACION	Corresponde al año y mes del Informe del Gasto.	AAAAMMDD	20180531	-
2	CODIGO_ENTIDAD	Se debe indicar el código asociado a la entidad pagadora.	N[5]	20112	2
3	CODIGO_ARCHIVO	Se debe indicar el código de archivo.	N[2]	6	1
4	AGENCIA_COMPIN	Identificación de sucursal o agencia de la entidad (COMPIN) donde el beneficiario tramitó la licencia médica.	N[5]	50104	21
5	RUT_EMPLEADOR	Rol Único Tributario del empleador, incluye guion y dígito verificador. Tratándose de trabajadores independientes y de trabajadores(as) temporal cesante, se deberá indicar el RUN del beneficiario.	A[11]	65987648-9	-
6	NOMBRE_EMPLEADOR	Nombre o razón social del empleador. Tratándose de trabajadores independientes se deberá indicar el nombre del beneficiario.	A[80]	Calzados Verónica S.A.	-
7	RUN_BENEFICIARIO	Cédula de identidad del beneficiario, incluye guion y dígito verificador.	A[11]	14564987-2	-
8	NOMBRE_BENEFICIARIO	Nombres y Apellidos del beneficiario.	A[80]	Carla Santander Fernández	-
9	NACIONALIDAD_BENEFICIARIO	Se debe identificar si es chilena o extranjera.	N[1]	1	22
10	ACTIVIDAD_LABORAL_TRABAJADOR	Corresponde registrar el código de la actividad laboral del beneficiario indicado en el formulario SANNA.	N[2]	5	17
11	CALIDAD_DEL_TRABAJADOR	Código de la calidad del trabajador.	N[1]	3	18
12	NRO_LICENCIA	Número de folio completo Formulario Licencia Médica Permiso SANNA.	A[14]	S5147	-
13	TIPO_SUBSIDIO	Código del tipo de subsidio.	N[1]	1	5
14	CODIGO_DIAGNOSTICO	Código correspondiente según la “Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE 10).	A[20]	C416	-
15	VINCULO_BENEFICIARIO_MENOR	Código del vínculo que posee el beneficiario con el menor.	N[1]	1	9
16	NRO_RESOLUCION_LEGAL	Se deberá informar el número de la resolución en caso que se trate de una madre o padre en adopción, o de un tutor del menor.	A[20]	Res-254	-
17	RUN_MENOR_CAUSANTE	Cédula de identidad del causante, incluye guion y dígito verificador.	A[11]	22156843-2	-
18	NOMBRE_MENOR_CAUSANTE	Nombres y Apellidos del menor.	A[80]	Julio Martínez Santander	-
19	FECHA_NACIMIENTO_MENOR_CAUSANTE	Fecha nacimiento del menor. El formato a utilizar es AAAAMMDD	AAAAMMDD	20140221	-
20	CODIGO_COMUNA	Se deberá informar el código de la comuna del causante del subsidio SANNA, en este caso el niño o niña que da origen al beneficio.	N[5]	14101	23
21	RUN_PROFESIONAL	Cédula de identidad del profesional que extendió la licencia, incluye guion y dígito verificador.	A[11]	9654632-4	-
22	NOMBRE_PROFESIONAL	Nombres y Apellidos del profesional que emite el Formulario Licencia Médica para permiso SANNA.	A[80]	Luz Pedreros Santana	-
23	FECHA_EMISION_FORMULARIO_SANNA	Fecha de emisión del Formulario Licencia médica para permiso SANNA. El formato a utilizar es AAAAMMDD	AAAAMMDD	20180321	-
24	FECHA_RESOLUCION_FORMULARIO_SANNA	Fecha en que el Formulario Licencia Médica para permiso SANNA tuvo su resolución. El formato a utilizar es AAAAMMDD	AAAAMMDD	20180325	-
25	NUM_DIAS_LICENCIA_AUTORIZADOS	Número total de días autorizados de la licencia (indicados en el Formulario SANNA).	N[3]	15	-
26	FECHA_INICIO_REPOSO	Fecha de inicio de la incapacidad laboral (indicado en el Formulario SANNA).	AAAAMMDD	20180401	-
27	FECHA_TERMINO_REPOSO	Fecha de término de la incapacidad laboral (indicado en el Formulario SANNA).	AAAAMMDD	20180415	-

SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL

Nº Campo	Nombre Campo	Descripción	Formato	Ejemplo	Tabla de dominos
28	NUM_DIAS_SUB_PAGADOS	Días efectivamente pagados al beneficiario en el mes que se informa.	N[3]	15	-
29	TIPO_JORNADA	Corresponda a si es modalidad en jornada completa o parcial.	A[1]	T	10
30	TRASPASO_SUBSIDIO	Se debe indicar cuando un subsidio se traspasa del padre a la madre o viceversa, o no es un traspaso.	N[1]	1	20
31	RUN_TRASPASO	Cédula de identidad de la persona que hace el traspaso del beneficio, incluye guion y dígito verificador.	A[11]	14564987-2	-
32	MONTO_SUBSIDIO_AUTORIZADO	Debe considerar el monto total autorizado para pago de subsidio y sus respectivas cotizaciones.	N[10]	440000	-
33	MONTO_SUBSIDIO_A_PAGAR	Corresponde al monto en subsidio a pagar en el mes del informe, descontado el monto de las cotizaciones y del seguro de cesantía en los casos que corresponda.	N[10]	310000	-
34	MONTO_PENDIENTE_DE_PAGO	Corresponde al monto del subsidio y cotizaciones que no fue emitido a pago en el mes del informe.	N[10]	120000	-
35	MODALIDAD_PAGO	Código de la modalidad de pago.	N[1]	1	11
36	NUM_COM_CONFIANZA	Corresponde al número de documento de la transferencia, si el pago de subsidios es enviado a una Entidad distinta a la Entidad Pagadora (Comisión de Confianza), si en el caso que no tenga Comisión de Confianza, dejar vacío.	A[20]	-	-
37	SERIE_DOCUMENTO	Número de serie del cheque, transferencia u orden de pago, según corresponda.	A[20]	A-5142	-
38	NUM_DOCUMENTO	Número del documento que le corresponda a cada beneficiario, según la modalidad de pago.	A[20]	36421647	-
39	FECHA_EMISION_DOCUMENTO	Fecha señalada en el cheque u orden de pago, la que no puede ser diferente de la fecha asignada para el pago de subsidio. En el caso de una transferencia electrónica o depósito, corresponderá a la fecha de la operación.	AAAAMMDD	20180421	-
40	MONTO_DOCUMENTO	Monto por el cual se extendió el documento de pago: cheque, orden de pago o transferencia electrónica.	N[15]	310000	-
41	CODIGO_BANCO	Código del banco asociado al cheque, orden de pago y transferencia electrónica	N[3]	12	13
42	CTA_CTE	Cuenta corriente de donde se transfirieron los fondos para el pago del subsidio,	A[20]	123-456-789	-
43	NUM_DIAS_COTIZ_PAGADOS	Número efectivo de días de cotización pagados cuyo valor deberá coincidir con el número de días de licencia devengados en el mes que se informa.	N[3]	15	-
44	MONTO_REMUN_IMPONIBLE	Monto de la remuneración o renta imponible (en base a 30 días) del mes anterior al que se inicie la licencia médica, o en su defecto, la estipulada en el contrato de trabajo el subsidio Sanna.	N[15]	780000	-
45	MONTO_FONDO_PENSIONES	Monto que corresponde enterar por cotizaciones al fondo de pensiones que se encuentre afiliado el beneficiario del subsidio SANNA. Este monto se obtendrá de la remuneración imponible del mes anterior o en su defecto la estipulada en el contrato de trabajo y corresponderá al porcentaje de días autorizados en la licencia.	N[15]	35000	-
46	MONTO_SALUD	Valor equivalente al 7% de la remuneración o renta imponible del mes anterior al inicio de la licencia, correspondiente al número de días de incapacidad laboral.	N[15]	27800	-
47	MONTO_SALUD_AD	Diferencia entre el monto correspondiente a aquella cotización superior que el trabajador haya pactado con su Isapre y el monto equivalente a la cotización del 7%.	N[15]	0	-
48	MONTO_DESAHUCIO	Monto de la cotización desahucio e indemnizaciones la cual el subsidiado se encuentre afecto en relación con el referido beneficio.	N[15]	0	-
49	MONTO_COTIZ_SC	Cantidad descontada del subsidio por concepto del 0,6% de cotización para el seguro de cesantía, recaudada por las Administradoras de Fondos de Pensiones para la A.F.C.	N[15]	200	-
50	OTROS_PAGOS	Se deberá registrar el monto correspondiente a otros pagos que no han sido considerados en los campos anteriores.	N[15]	0	-
51	ENTIDAD_PREVISIONAL	Código de la entidad previsional de afiliación del beneficiario.	N[5]	40105	15
52	TIPO_DE_REGISTRO_PAGO	Deberá señalarse el tipo de registro.	N[1]	1	7

ANEXO N° 8**ARCHIVO PLANO 11: “MODIFICACIONES AL ARCHIVO PLANO N° 6”**

Nº Campo	Nombre Campo	Descripción	Formato	Ejemplo	Tabla de dominos
1	AÑO_MES_INFORMACION	Corresponde al año y mes del Informe del Gasto.	AAAAMMDD	20180531	-
2	CODIGO_ENTIDAD	Se debe indicar el código asociado a la entidad pagadora.	N[5]	20112	2
3	CODIGO_ARCHIVO	Se debe indicar el código de archivo.	N[2]	6	1
4	AGENCIA_COMPIN	Identificación de sucursal o agencia de la entidad (COMPIN) donde el beneficiario tramitó la licencia médica.	N[5]	50104	21
5	RUT_EMPLEADOR	Rol Único Tributario del empleador, incluye guion y dígito verificador. Tratándose de trabajadores independientes y de trabajadores(as) temporal cesante, se deberá indicar el RUN del beneficiario.	A[11]	65987648-9	-
6	NOMBRE_EMPLEADOR	Nombre o razón social del empleador. Tratándose de trabajadores independientes se deberá indicar el nombre del beneficiario.	A[80]	Calzados Verónica S.A.	-
7	RUN_BENEFICIARIO	Cédula de identidad del beneficiario, incluye guion y dígito verificador.	A[11]	14564987-2	-
8	NOMBRE_BENEFICIARIO	Nombres y Apellidos del beneficiario.	A[80]	Carla Santander Fernández	-
9	NACIONALIDAD_BENEFICIARIO	Se debe identificar si es chilena o extranjera.	N[1]	1	22
10	ACTIVIDAD_LABORAL_TRABAJADOR	Corresponde registrar el código de la actividad laboral del beneficiario indicado en el formulario SANNA.	N[2]	5	17
11	CALIDAD_DEL_TRABAJADOR	Código de la calidad del trabajador.	N[1]	3	18
12	NRO_LICENCIA	Número de folio completo Formulario Licencia Médica Permiso SANNA.	A[14]	S5147	-
13	TIPO_SUBSIDIO	Código del tipo de subsidio.	N[1]	1	5
14	CODIGO_DIAGNOSTICO	Código correspondiente según la “Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE 10).	A[20]	C416	-
15	VINCULO_BENEFICIARIO_MENOR	Código del vínculo que posee el beneficiario con el menor.	N[1]	1	9
16	NRO_RESOLUCION_LEGAL	Se deberá informar el número de la resolución en caso que se trate de una madre o padre en adopción, o de un tutor del menor.	A[20]	Res-254	-
17	RUN_MENOR_CAUSANTE	Cédula de identidad del causante, incluye guion y dígito verificador.	A[11]	22156843-2	-
18	NOMBRE_MENOR_CAUSANTE	Nombres y Apellidos del menor.	A[80]	Julio Martínez Santander	-
19	FECHA_NACIMIENTO_MENOR_CAUSANTE	Fecha nacimiento del menor. El formato a utilizar es AAAAMMDD	AAAAMMDD	20140221	-
20	CODIGO_COMUNA	Se deberá informar el código de la comuna del causante del subsidio SANNA, en este caso el niño o niña que da origen al beneficio.	N[5]	14101	23
21	RUN_PROFESIONAL	Cédula de identidad del profesional que extendió la licencia, incluye guion y dígito verificador.	A[11]	9654632-4	-
22	NOMBRE_PROFESIONAL	Nombres y Apellidos del profesional que emite el Formulario Licencia Médica para permiso SANNA.	A[80]	Luz Pedreros Santana	-
23	FECHA_EMISION_FORMULARIO_SANNA	Fecha de emisión del Formulario Licencia médica para permiso SANNA. El formato a utilizar es AAAAMMDD	AAAAMMDD	20180321	-
24	FECHA_RESOLUCION_FORMULARIO_SANNA	Fecha en que el Formulario Licencia Médica para permiso SANNA tuvo su resolución. El formato a utilizar es AAAAMMDD	AAAAMMDD	20180325	-
25	NUM_DIAS_LICENCIA_AUTORIZADOS	Número total de días autorizados de la licencia (indicados en el Formulario SANNA).	N[3]	15	-
26	FECHA_INICIO_REPOSO	Fecha de inicio de la incapacidad laboral (indicado en el Formulario SANNA).	AAAAMMDD	20180401	-
27	FECHA_TERMINO_REPOSO	Fecha de término de la incapacidad laboral (indicado en el Formulario SANNA).	AAAAMMDD	20180415	-

SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL

Nº Campo	Nombre Campo	Descripción	Formato	Ejemplo	Tabla de dominos
28	NUM_DIAS_SUB_PAGADOS	Días efectivamente pagados al beneficiario en el mes que se informa.	N[3]	15	-
29	TIPO_JORNADA	Corresponda a si es modalidad en jornada completa o parcial.	A[1]	T	10
30	TRASPASO_SUBSIDIO	Se debe indicar cuando un subsidio se traspasa del padre a la madre o viceversa, o no es un traspaso.	N[1]	1	20
31	RUN_TRASPASO	Cédula de identidad de la persona que hace el traspaso del beneficio, incluye guion y dígito verificador.	A[11]	14564987-2	-
32	MONTO_SUBSIDIO_AUTORIZADO	Debe considerar el monto total autorizado para pago de subsidio y sus respectivas cotizaciones.	N[10]	440000	-
33	MONTO_SUBSIDIO_A_PAGAR	Corresponde al monto en subsidio a pagar en el mes del informe, descontado el monto de las cotizaciones y del seguro de cesantía en los casos que corresponda.	N[10]	310000	-
34	MONTO_PENDIENTE_DE_PAGO	Corresponde al monto del subsidio y cotizaciones que no fue emitido a pago en el mes del informe.	N[10]	120000	-
35	MODALIDAD_PAGO	Código de la modalidad de pago.	N[1]	1	11
36	NUM_COM_CONFIANZA	Corresponde al número de documento de la transferencia, si el pago de subsidios es enviado a una Entidad distinta a la Entidad Pagadora (Comisión de Confianza), si en el caso que no tenga Comisión de Confianza, dejar vacío.	A[20]	-	-
37	SERIE_DOCUMENTO	Número de serie del cheque, transferencia u orden de pago, según corresponda.	A[20]	A-5142	-
38	NUM_DOCUMENTO	Número del documento que le corresponda a cada beneficiario, según la modalidad de pago.	A[20]	36421647	-
39	FECHA_EMISION_DOCUMENTO	Fecha señalada en el cheque u orden de pago, la que no puede ser diferente de la fecha asignada para el pago de subsidio. En el caso de una transferencia electrónica o depósito, corresponderá a la fecha de la operación.	AAAAMMDD	20180421	-
40	MONTO_DOCUMENTO	Monto por el cual se extendió el documento de pago: cheque, orden de pago o transferencia electrónica.	N[15]	310000	-
41	CODIGO_BANCO	Código del banco asociado al cheque, orden de pago y transferencia electrónica	N[3]	12	13
42	CTA_CTE	Cuenta corriente de donde se transfirieron los fondos para el pago del subsidio,	A[20]	123-456-789	-
43	NUM_DIAS_COTIZ_PAGADOS	Número efectivo de días de cotización pagados cuyo valor deberá coincidir con el número de días de licencia devengados en el mes que se informa.	N[3]	15	-
44	MONTO_REMUN_IMPONIBLE	Monto de la remuneración o renta imponible (en base a 30 días) del mes anterior al que se inicie la licencia médica, o en su defecto, la estipulada en el contrato de trabajo el subsidio Sanna.	N[15]	780000	-
45	MONTO_FONDO_PENSIONES	Monto que corresponde enterar por cotizaciones al fondo de pensiones que se encuentre afiliado el beneficiario del subsidio SANNA. Este monto se obtendrá de la remuneración imponible del mes anterior o en su defecto la estipulada en el contrato de trabajo y corresponderá al porcentaje de días autorizados en la licencia.	N[15]	35000	-
46	MONTO_SALUD	Valor equivalente al 7% de la remuneración o renta imponible del mes anterior al inicio de la licencia, correspondiente al número de días de incapacidad laboral.	N[15]	27800	-
47	MONTO_SALUD_AD	Diferencia entre el monto correspondiente a aquella cotización superior que el trabajador haya pactado con su Isapre y el monto equivalente a la cotización del 7%.	N[15]	0	-
48	MONTO_DESAHUCIO	Monto de la cotización desahucio e indemnizaciones la cual el subsidiado se encuentre afecto en relación con el referido beneficio.	N[15]	0	-
49	MONTO_COTIZ_SC	Cantidad descontada del subsidio por concepto del 0,6% de cotización para el seguro de cesantía, recaudada por las Administradoras de Fondos de Pensiones para la A.F.C.	N[15]	200	-
50	OTROS_PAGOS	Se deberá registrar el monto correspondiente a otros pagos que no han sido considerados en los campos anteriores.	N[15]	0	-
51	ENTIDAD_PREVISIONAL	Código de la entidad previsional de afiliación del beneficiario.	N[5]	40105	15