

## ANEXO N°2 NÓMINAS DE RESPALDO

Las nóminas de respaldo deberán ser enviadas por medio del Sistema de Gestión de información de Subsidios Maternales, en archivos en formato texto (.txt), y los campos deberán estar separados por "PIPE" (|), siendo obligatorio el reporte de todos ellos.

Nomenclatura de los archivos:

Cada archivo deberá ser identificado con un nombre al momento de ser grabado, el cual debe ajustarse a la siguiente nomenclatura:

CCCCC\_NOMBRE\_AAAAMM.txt

Dónde:

CCCCC : Código entidad

NOMBRE : Nombre del archivo

AAAAMM : Periodo rendido

**ARCHIVO PLANO N°1: REINTEGROS**

**DESCRIPCIÓN: NÓMINA DE REINTEGROS POR COBROS INDEBIDOS**

<b>NOMBRE DEL CAMPO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>FORMATO</b>
<b>RUN_BENEFICIARIO</b>	Cédula de identidad del beneficiario, con dígito verificador.	999999999-9
<b>NOMBRE_BENEFICIARIO</b>	Nombres y apellidos del beneficiario.	A[80]
<b>ORIGEN_SUBSIDIO</b>	Código del origen del subsidio, según tabla N°1 del Anexo 3.	N[1]
<b>NUMERO_FOLIO_LICENCIA</b>	Número de folio completo de la licencia médica en caso que el tipo de subsidio corresponda a prenatal, postnatal o enfermedad grave del niño menor de un año. En caso de corresponder a un permiso postnatal parental, se deberá indicar la licencia que originó el subsidio (Licencia Postnatal). El formato requerido es código de formulario de licencia médica (Indicado en la tabla N°21 del Anexo N°3), guion y el número de la licencia sin dígito verificador, incluyendo ceros después del guion, en caso de que el número tenga un largo inferior a 12, para completar el largo del campo. En caso que la entidad no cuente con el número de la licencia postnatal de la madre que da origen al permiso, se deberá utilizar el código 0, guion, y un número de folio que la entidad haya utilizado para identificar el traspaso al padre. Para el caso de adopción del menor, en donde no exista licencia postnatal, se deberá usar el mismo criterio anterior.	A[14]
<b>RUT_EMPLEADOR</b>	Rol Único Tributario del empleador con dígito verificador	999999999-9
<b>NOMBRE_EMPLEADOR</b>	Nombre o razón social del empleador del beneficiario.	A[80]
<b>ORIGEN_REINTEGRO</b>	Se debe indicar cuál fue el origen del reintegro informado, según tabla N°2 del Anexo 3.	N[1]
<b>MONTO_TOTAL_A_REINTEGRAR</b>	Monto total de subsidios y cotizaciones mal pagadas o enteradas	N[15]
<b>MONTO_RECUPERADO</b>	Monto efectivo devuelto al Fondo Único en el mes del Informe.	N[15]

**ARCHIVO PLANO N°2:**

**SUBSPREPOSTNM**

**DESCRIPCIÓN: NÓMINA DE SUBSIDIOS Y COTIZACIONES PREVISIONALES POR REPOSO PRENATAL**

**Y POSTNATAL Y POR PERMISO POR ENFERMEDAD**

**GRAVE DEL NIÑO MENOR DE UN AÑO COBRADOS AL FONDO EN EL MES**

NOMBRE DEL CAMPO	DESCRIPCIÓN	FORMA TO
RUT_EMPLEADOR	Rol Único Tributario del empleador del beneficiario, con dígito verificador.	999999 999-9
NOMBRE_EMPLEADOR	Nombre o razón social del empleador del beneficiario.	A[80]
RUN_BENEFICIARIO	Cédula de identidad del beneficiario, con dígito verificador.	999999 999-9
NOMBRE_BENEFICIARIO	Nombre completo y apellidos del beneficiario del subsidio.	A[80]
NUMERO_FOLIO_LICENCIA	Número de folio completo de la licencia médica en caso que el tipo de subsidio corresponda a prenatal, postnatal o enfermedad grave del niño menor de un año. En caso de corresponder a un permiso postnatal parental, se deberá indicar la licencia que originó el subsidio (Licencia Postnatal). El formato requerido es código de formulario de licencia médica (Indicado en la tabla N°21 del Anexo N°3), guion y el número de la licencia sin dígito verificador, incluyendo ceros después del guion, en caso de que el número tenga un largo inferior a 12, para completar el largo del campo.	A[14]
CODIGO_DIAGNOSTICO	Código correspondiente según la 'Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud' CIE-10. Para el caso de la licencia médica prenatal, el código corresponderá a 650, y para el postnatal 1650	A[20]
VINCULO_BENEFICIARIO_MENOR	Código del vínculo que posee el beneficiario con el menor, según tabla N°3 del Anexo 3. En caso de corresponder a un subsidio prenatal, corresponderá informar el código para 'Madre'.	N[1]
ACTIVIDAD_LABORAL_TRABAJADOR	Corresponde registrar el código de la actividad laboral del trabajador (beneficiario del subsidio), según tabla N°12 del Anexo 3.	A[2]
COD_COMUNA_BENEFICIARIO	Código de la comuna del beneficiario indicado en la sección C del Formulario de Licencias Médicas, según tabla N°22 del Anexo 3.	A[5]
NRO_RESOLUCION	RUC que identifica causas de cuidado personal del menor o ley N°19.620	A[20]
EXTENSION_POSTNATAL	Código de la causal de extensión del postnatal, según tabla N°4 del Anexo 3.	N[1]
NRO_NACIMIENTOS	Número de niños nacidos en el parto, utilizado para el cálculo de días autorizados de la licencia médica postnatal. En caso de corresponder a una licencia prenatal o por enfermedad grave del niño menor de un año, se debe indicar el valor cero.	N[2]

**ARCHIVO PLANO N°2:**

**SUBSPREPOSTNM**

**DESCRIPCIÓN: NÓMINA DE SUBSIDIOS Y COTIZACIONES PREVISIONALES POR REPOSO PRENATAL Y POSTNATAL Y POR PERMISO POR ENFERMEDAD**

**GRAVE DEL NIÑO MENOR DE UN AÑO COBRADOS AL FONDO EN EL MES**

<b>NOMBRE DEL CAMPO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>FORMA TO</b>
<b>NUM_DIAS_LICENCIA_AUTORIZADOS</b>	Número total de días autorizados de la licencia (indicados en la sección B del Formulario de Licencias Médicas).	N[3]
<b>FECHA_INICIO_REPOSO</b>	Fecha de inicio de la incapacidad laboral (Indicado en la sección B del Formulario de Licencias Médicas).	AAAAM MDD
<b>FECHA_TERMINO_REPOSO</b>	Fecha de término de la incapacidad laboral (Indicado en la sección B del Formulario de Licencias Médicas).	AAAAM MDD
<b>NUM_DIAS_SUB_PAGADOS</b>	Número de días efectivamente pagados al beneficiario en el mes que se informa.	N[3]
<b>MONTO_SUBSIDIO_DIARIO</b>	Debe corresponder al subsidio diario determinado por la Entidad	N[15]
<b>ORIGEN_SUBSIDIO</b>	Código del origen del subsidio, según tabla N°1 del Anexo 3.	N[1]
<b>TIPO_PAGO</b>	Código del tipo de pago, según tabla N°5 del Anexo 3, para los casos que correspondan a pagos directos al beneficiario o un reembolso a un empleador. En los casos en que a un empleador se le haya efectuado más de un reembolso en el mismo mes informado, se deberá informar este empleador tantas veces como reembolsos haga, incluyendo en cada caso los datos de los beneficiarios uno por uno.	N[1]
<b>MONTO_SUB_DFL44_1978</b>	Monto del subsidio diario que resulte del cálculo realizado de acuerdo a las normas legales vigentes, multiplicado por los días de subsidio a pagar indicados anteriormente.	N[15]
<b>MONTO_SUB_PAGADO</b>	Monto que efectivamente debió recibir el subsidio en el mes que se informa, descontando el monto de la cotización del seguro de cesantía cuando corresponda. Cuando no proceda descontar la cotización para el seguro de cesantía el monto indicado deberá coincidir con el informado en el campo "Monto Subsidio DFL 44 1978"	N[15]
<b>TIPO_PAGO_SUBSIDIO</b>	Código del tipo de emisión del subsidio, según tabla N°6 del Anexo 3. Corresponde a un pago o una reliquidación, ya sea de subsidios o cotizaciones. Cuando se reliquiden subsidios y cotizaciones, se deberán informar en registros separados.	N[1]
<b>MOD_PAGO</b>	Código de la modalidad de pago, según tabla N°7 del Anexo 3.	N[1]
<b>NUM_DOCUMENTO</b>	Corresponde al número de identificación, según la modalidad de pago que la entidad utiliza para vincular inequívocamente, ya sea de manera directa o agregada, los datos informados en este campo, con el respectivo cargo bancario identificado en la cuenta corriente exclusiva, de manera de poder realizar la respectiva conciliación bancaria a los movimientos que sean conciliables. Según Modalidad de pago.	A[20]

**ARCHIVO PLANO N°2:**

**SUBSPREPOSTNM**

**DESCRIPCIÓN: NÓMINA DE SUBSIDIOS Y COTIZACIONES PREVISIONALES POR REPOSO PRENATAL Y POSTNATAL Y POR PERMISO POR ENFERMEDAD**

**GRAVE DEL NIÑO MENOR DE UN AÑO COBRADOS AL FONDO EN EL MES**

<b>NOMBRE DEL CAMPO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>FORMA TO</b>
<b>FECHA_EMISION_DOCUMENTO</b>	Fecha señalada, según la modalidad de pago la que no puede ser diferente a la fecha asignada para el pago de subsidio. En el caso de una transferencia electrónica o depósito, corresponderá a la fecha de la operación.	AAAAM MDD
<b>MONTO_DOCUMENTO</b>	Monto consignado en el documento de pago según la modalidad de pago.	N[15]
<b>CODIGO_BANCO</b>	Código del banco girador del documento o transacción con que se pagó el beneficio, según tabla N°8 del Anexo 3.	A[3]
<b>CTA_CTE</b>	Número de cuenta corriente exclusiva que fue informada por la Entidad para el pago de los subsidios maternos que son de cargo del Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía, con la cual se paga el beneficio.	A[20]
<b>CAUSAL_EMISION</b>	Código de la causal de emisión, según tabla N°9 del Anexo 3.	N[1]
<b>NUM_DIAS_COTIZ_PAGADOS</b>	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]
<b>MONTO_REMUN_IMPONIBLE</b>	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.	N[15]
<b>MONTO_FP</b>	Monto que resulte de aplicar el porcentaje de cotización al fondo de pensiones que tenga establecido la institución previsional en la cual se encuentre afiliado el subsidiado (Administradora de Fondos de Pensiones o el respectivo régimen de pensión administrado por el Instituto de Previsión Social), sobre la remuneración imponible del mes anterior o en su defecto la estipulada en el contrato de trabajo (si es un trabajador dependiente) o la renta imponible (si es un trabajador independiente) del mes anterior al que se inicia la licencia médica, dividida por 30 y multiplicada por el número de días indicados en el campo anterior.	N[15]
<b>MONTO_SALUD</b>	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]
<b>MONTO_SALUD_AD</b>	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]
<b>MONTO_DESAHUCIO</b>	Monto de la cotización desahucio e indemnizaciones la cual el subsidiado se encuentre afecto en relación con el referido beneficio.	N[15]

**ARCHIVO PLANO N°2:**

**SUBSPREPOSTNM**

**DESCRIPCIÓN: NÓMINA DE SUBSIDIOS Y COTIZACIONES PREVISIONALES POR REPOSO PRENATAL Y POSTNATAL Y POR PERMISO POR ENFERMEDAD**

**GRAVE DEL NIÑO MENOR DE UN AÑO COBRADOS AL FONDO EN EL MES**

NOMBRE DEL CAMPO	DESCRIPCIÓN	FORMA TO
MONTO_COTIZ_FU	Monto correspondiente a la suma de los 4 campos anteriores.	N[15]
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]
ENTIDAD_PREVISIONAL	Código de la entidad previsional de afiliación del beneficiario, según tabla N°11 del Anexo 3.	N[5]
SUBSIDIO_INICIADO	Indicar si el subsidio inicia su pago en el mes informado o no, según tabla N°15 del Anexo 3.	N[1]

**ARCHIVO PLANO N°3:**

**SUBSPARENTAL**

**DESCRIPCIÓN: NÓMINA DE SUBSIDIOS Y COTIZACIONES PREVISIONALES POR PERMISO  
POSTNATAL PARENTAL COBRADOS AL FONDO EN EL MES**

<b>NOMBRE DEL CAMPO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>FORMA TO</b>
<b>RUT_EMPLEADOR</b>	Rol Único Tributario del empleador con dígito verificador	999999 999-9
<b>NOMBRE_EMPLEADOR</b>	Nombre o razón social del empleador	A[80]
<b>RUN_BENEFICIARIO_PARENTAL</b>	Cédula de identidad del beneficiario, con dígito verificador	999999 999-9
<b>NOMBRE_BENEFICIARIO_PARENTAL</b>	Nombres y Apellidos del beneficiario	A[80]
<b>SEXO</b>	Sexo del beneficiario, indicar Masculino (M) o Femenino (F).	A[1]
<b>CALIDAD_TRABAJADOR</b>	Código de la calidad del trabajador indicado en la sección C del Formulario de Licencias Médicas, según tabla N°14 del Anexo 3.	N[1]
<b>ACTIVIDAD_LABORAL_TRABAJADOR</b>	Corresponde registrar el código de la actividad laboral del trabajador (beneficiario del subsidio), según tabla N°12 del Anexo 3.	A[2]
<b>COD_COMUNA_BENEFICIARIO</b>	Código de la comuna del beneficiario indicado en la sección C del Formulario de Licencias Médica, según tabla N°22 del Anexo 3.	A[5]
<b>RUN_BENEFICIARIO_POSTNATAL</b>	Cédula de identidad del beneficiario, con dígito verificador, de la licencia postnatal que da origen al permiso postnatal parental. En caso de corresponder a un traspaso al padre, se deberá indicar el RUN de la madre.	999999 999-9
<b>NOMBRE_BENEFICIARIO_PARENTAL</b>	Nombres y apellidos del beneficiario de la licencia postnatal que da origen al permiso postnatal parental.	A[80]
<b>NUMERO_FOLIO_LICENCIA</b>	Número de folio completo de la licencia médica en caso que el tipo de subsidio corresponda a prenatal, postnatal o enfermedad grave del niño menor de un año. En caso de corresponder a un permiso postnatal parental, se deberá indicar la licencia que originó el subsidio (Licencia Postnatal). El formato requerido es código de formulario de licencia médica (Indicado en la tabla N°21 del Anexo N°3), guion y el número de la licencia sin dígito verificador, incluyendo ceros después del guion, en caso de que el número tenga un largo inferior a 12, para completar el largo del campo. En caso que la entidad no cuente con el número de la licencia postnatal de la madre que da origen al permiso, se deberá utilizar el código 0, guion, y un número de folio que la entidad haya utilizado para identificar el traspaso al padre. Para el caso de adopción del menor, en donde no exista licencia postnatal, se deberá usar el mismo criterio anterior.	A[14]
<b>VINCULO_BENEFICIARIO_MENOR</b>	Código del vínculo que posee el beneficiario con el menor según codificación, según tabla N°3 del Anexo 3.	N[1]

**ARCHIVO PLANO N°3:**

**SUBSPARENTAL**

**DESCRIPCIÓN: NÓMINA DE SUBSIDIOS Y COTIZACIONES PREVISIONALES POR PERMISO POSTNATAL PARENTAL COBRADOS AL FONDO EN EL MES**

NOMBRE DEL CAMPO	DESCRIPCIÓN	FORMATO
<b>NRO_RESOLUCION</b>	RUC que identifica causas de cuidado personal del menor o Ley N°19.620	A[20]
<b>TIPO_EXTENSION_POSTNATAL_PARENTAL</b>	Código del tipo de extensión del permiso postnatal parental, correspondiente a jornada parcial o completa, según tabla N°16 del Anexo 3.	N[1]
<b>FECHA_INICIO_POSTNATAL_PARENTAL</b>	Fecha en que se comienza a hacer uso el beneficiario del permiso postnatal parental.	AAAAM MDD
<b>FECHA_TERMINO_POSTNATAL_PARENTAL</b>	Fecha en que termina el permiso parental, de acuerdo a su extensión.	AAAAM MDD
<b>NUM_DIAS_PERMISO_PAGADO</b>	Número de días de permiso postnatal parental pagados en este registro	N[3]
<b>MONTO_SUBSIDIO_DIARIO</b>	Debe corresponder al subsidio diario determinado por la Entidad	N[15]
<b>ORIGEN_SUBSIDIO</b>	Código del origen del subsidio según codificación del campo, según tabla N°1 del Anexo 3.	N[1]
<b>TIPO_DE_PAGO</b>	Código del tipo de pago, según tabla N°5 del Anexo 3, para los casos que correspondan a pagos directos al beneficiario o un reembolso a un empleador. En los casos en que a un empleador se le haya efectuado más de un reembolso en el mismo mes informado, se deberá informar este empleador tantas veces como reembolsos haga, incluyendo en cada caso los datos de los beneficiarios uno por uno.	N[1]
<b>MONTO_SUB_DFL44_1978</b>	Monto del subsidio diario que resulte del cálculo realizado de acuerdo con las normas legales vigentes, multiplicado por los días de subsidio a pagar indicados anteriormente.	N[15]
<b>MONTO_SUB_PAGADO</b>	Monto que efectivamente debió recibir el subsidiado en el mes que se informa, descontado el monto de la cotización para el seguro de cesantía en los casos que corresponda. Cuando no proceda descontar cotización para el seguro de cesantía el monto indicado en este campo deberá coincidir con el campo MONTO_SUB_DFL44_1978.	N[15]
<b>TIPO_PAGO_SUBSIDIO</b>	Código del tipo de emisión del subsidio, según tabla N°6 del Anexo 3. Corresponde a un pago o una reliquidación, ya sea de subsidios o cotizaciones. Cuando se reliquiden subsidios y cotizaciones, se deberán informar en registros separados.	N[1]
<b>MOD_PAGO</b>	Código de la modalidad de pago, según tabla N°7 del Anexo 3.	N[1]
<b>NUM_DOCUMENTO</b>	Corresponde al número de identificación, según la modalidad de pago que la entidad utiliza para vincular inequívocamente, ya sea de manera directa o agregada, los datos informados en este campo, con el respectivo cargo bancario identificado en la cuenta corriente exclusiva, de	A[20]

**ARCHIVO PLANO N°3:**

**SUBSPARENTAL**

**DESCRIPCIÓN: NÓMINA DE SUBSIDIOS Y COTIZACIONES PREVISIONALES POR PERMISO  
POSTNATAL PARENTAL COBRADOS AL FONDO EN EL MES**

NOMBRE DEL CAMPO	DESCRIPCIÓN	FORMA TO
	manera de poder realizar la respectiva conciliación bancaria a los movimientos que sean conciliables. Según Modalidad de pago.	
<b>FECHA_EMISION_DOCUMENTO</b>	Fecha señalada, según la modalidad de pago la que no puede ser diferente a la fecha asignada para el pago de subsidio. En el caso de una transferencia electrónica o depósito, corresponderá a la fecha de la operación.	AAAAM MDD
<b>MONTO_DOCUMENTO</b>	Monto consignado en el documento de pago según la modalidad de pago.	N[15]
<b>CODIGO_BANCO</b>	Código del banco girador del documento o transacción con que se pagó el beneficio, según tabla N°8 del Anexo 3.	A[3]
<b>CTA_CTE</b>	Número de cuenta corriente exclusiva que fue informada por la Entidad para el pago de los subsidios maternos que son de cargo del Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía, con la cual se paga el beneficio.	A[20]
<b>CAUSAL_EMISION</b>	Código de la causal de emisión, según tabla N°9 del Anexo 3.	N[1]
<b>NUM_DIAS_COTIZ_PAGADOS</b>	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]
<b>MONTO_REMUN_IMPONIBLE</b>	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.	N[15]
<b>MONTO_FP</b>	Monto que resulte de aplicar el porcentaje de cotización al fondo de pensiones que tenga establecido la institución previsional en la cual se encuentre afiliado el subsidiado (Administradora de Fondos de Pensiones o el respectivo régimen de pensión administrado por el Instituto de Previsión Social), sobre la remuneración imponible del mes anterior o en su defecto la estipulada en el contrato de trabajo (si es un trabajador dependiente) o la renta imponible (si es un trabajador independiente) del mes anterior al que se inicia la licencia médica, dividida por 30 y multiplicada por el número de días indicados en el campo anterior.	N[15]
<b>MONTO_SALUD</b>	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]
<b>MONTO_SALUD_AD</b>	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]
<b>MONTO_DESAHUCIO</b>	Monto de la cotización desahucio e indemnizaciones la cual el subsidiado se encuentre afecto en relación con el referido beneficio	N[15]

**ARCHIVO PLANO N°3:**

**SUBSPARENTAL**

**DESCRIPCIÓN: NÓMINA DE SUBSIDIOS Y COTIZACIONES PREVISIONALES POR PERMISO**

**POSTNATAL PARENTAL COBRADOS AL FONDO EN EL MES**

NOMBRE DEL CAMPO	DESCRIPCIÓN	FORMA TO
<b>MONTO_COTIZ_FU</b>	Monto correspondiente a la suma de los 4 campos anteriores.	N[15]
<b>MONTO_COTIZ_SC</b>	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]
<b>ENTIDAD_PREVISIONAL</b>	Código de la entidad previsional de afiliación del beneficiario, según tabla N°11 del Anexo N°3	N[5]
<b>TRASPASO</b>	Se debe indicar cuando corresponde a un traspaso al cónyuge o al padre biológico, según tabla N°20 del Anexo N°3	N[1]
<b>SUBSIDIO_INICIADO</b>	Indicar si el subsidio inicia su pago en el mes informado o no, según tabla N°15 del Anexo N°3	N[1]

**ARCHIVO PLANO N°4:**

**SUBSTSCVIG**

**DESCRIPCIÓN: NÓMINA DE SUBSIDIOS Y COTIZACIONES PREVISIONALES DE MUJERES SIN CONTRATO VIGENTE**

NOMBRE DEL CAMPO	DESCRIPCIÓN	FORMATO
<b>RUN_BENEFICIARIA</b>	Cédula de identidad del beneficiario, con dígito verificador.	99999999 9-9
<b>NOMBRE_BENEFICIARIA</b>	Nombres y Apellidos de la beneficiaria	A[80]
<b>COD_COMUNA_BENEFICIARIA</b>	Código de la comuna del beneficiario indicado en la sección C del Formulario de Licencias Médica, según tabla N°22 del Anexo 3.	A[5]
<b>ACTIVIDAD_LABORAL_TRABAJADOR</b>	Corresponde registrar el código de la actividad laboral del trabajador (beneficiario del subsidio), según tabla N°12 del Anexo 3.	A[2]
<b>NUMERO_FOLIO_LICENCIA</b>	Número de folio completo de la licencia médica en caso que el tipo de subsidio corresponda a prenatal, postnatal o enfermedad grave del niño menor de un año. En caso de corresponder a un permiso postnatal parental, se deberá indicar la licencia que originó el subsidio (Licencia Postnatal). El formato requerido es código de formulario de licencia médica (Indicado en la tabla N°21 del Anexo N°3), guion y el número de la licencia sin dígito verificador, incluyendo ceros después del guion, en caso de que el número tenga un largo inferior a 12, para completar el largo del campo.	A[14]
<b>MONTO_SUBSIDIO_DIARIO</b>	Debe corresponder al subsidio diario determinado por la Entidad	N[15]
<b>ORIGEN_SUBSIDIO</b>	Código del origen del subsidio, según tabla N°1 del Anexo 3.	N[1]
<b>CODIGO_DIAGNOSTICO</b>	Se debe registrar el código correspondiente según la Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE 10). Para el caso de la licencia médica prenatal, el código será 650 y para el postnatal 1650.	A[20]
<b>NRO_NACIMIENTOS</b>	Número de niños nacidos en el parto utilizado para el cálculo de días autorizados de la licencia postnatal. En caso de corresponder a un subsidio prenatal o por enfermedad grave del niño menor de un año se deberá indicar 0.	N[2]
<b>FECHA_NACIMIENTO</b>	Fecha de nacimiento del (los) niño(s).	AAAAMM DD
<b>NUM_DIAS_AUTORIZADOS</b>	Corresponderá indicar la totalidad de días autorizados por la COMPIN.	N[3]
<b>FECHA_INICIO_SUBSIDIO</b>	Fecha de inicio del subsidio.	AAAAMM DD
<b>FECHA_TERMINO_SUBSIDIO</b>	Fecha de término del subsidio.	AAAAMM DD

**ARCHIVO PLANO N°4:**

**SUBSTSCVIG**

**DESCRIPCIÓN: NÓMINA DE SUBSIDIOS Y COTIZACIONES PREVISIONALES DE MUJERES SIN CONTRATO VIGENTE**

<b>NOMBRE DEL CAMPO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>FORMATO</b>
<b>NUM_DIAS_SUBSIDIO_PAGADO</b>	Número de días autorizados de la licencia (indicados en la sección B del formulario de la Licencia Médica)	N[3]
<b>MONTO_SUB_PAGADO</b>	Monto del Subsidio correspondiente por los días de subsidio pagado, descontado el monto de cotizaciones.	N[15]
<b>TIPO_PAGO_SUBSIDIO</b>	Código del tipo de emisión del subsidio, según tabla N°6 del Anexo 3. Corresponde a un pago o una reliquidación, ya sea de subsidios o cotizaciones. Cuando se reliquiden subsidios y cotizaciones, se deberán informar en registros separados.	N[1]
<b>MOD_PAGO</b>	Código de la modalidad de pago, según tabla N°7 del Anexo 3.	N[1]
<b>NUM_DOCUMENTO</b>	Corresponde al número de identificación, según la modalidad de pago que la entidad utiliza para vincular inequívocamente, ya sea de manera directa o agregada, los datos informados en este campo, con el respectivo cargo bancario identificado en la cuenta corriente exclusiva, de manera de poder realizar la respectiva conciliación bancaria a los movimientos que sean conciliables. Según Modalidad de pago.	A[20]
<b>FECHA_EMISION_DOCUMENTO</b>	Fecha señalada, según la modalidad de pago la que no puede ser diferente a la fecha asignada para el pago de subsidio. En el caso de una transferencia electrónica o depósito, corresponderá a la fecha de la operación.	AAAAMM DD
<b>MONTO_DOCUMENTO</b>	Monto consignado en el documento de pago según la modalidad de pago.	N[15]
<b>CODIGO_BANCO</b>	Código del banco girador del documento o transacción con que se pagó el beneficio, según tabla N°8 del Anexo 3.	A[3]
<b>CTA_CTE</b>	Número de cuenta corriente exclusiva que fue informada por la Entidad para el pago de los subsidios maternales que son de cargo del Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía, con la cual se paga el beneficio.	A[20]
<b>CAUSAL_EMISION</b>	Código de la causal de emisión, según tabla N°9 del Anexo 3.	N[1]
<b>NUM_DIAS_COTIZ_PAGADOS</b>	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]
<b>MONTO_FP</b>	Monto que resulte de aplicar el porcentaje de cotización al fondo de pensiones que tenga establecido la institución previsional en la cual se encuentre afiliado el subsidiado (Administradora de Fondos de Pensiones o el respectivo régimen de pensión administrado por el Instituto de Previsión Social), sobre la remuneración imponible del mes anterior o en su defecto la estipulada en el contrato de	N[15]

**ARCHIVO PLANO N°4:**

**SUBSTSCVIG**

**DESCRIPCIÓN: NÓMINA DE SUBSIDIOS Y COTIZACIONES PREVISIONALES DE MUJERES SIN CONTRATO VIGENTE**

NOMBRE DEL CAMPO	DESCRIPCIÓN	FORMATO
	trabajo (si es un trabajador dependiente) o la renta imponible (si es un trabajador independiente) del mes anterior al que se inicia la licencia médica, dividida por 30 y multiplicada por el número de días indicados en el campo anterior.	
<b>MONTO_SALUD</b>	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]
<b>MONTO_COTIZ_FU</b>	Monto correspondiente a la suma de los 4 campos anteriores.	N[15]
<b>ENTIDAD_PREVISIONAL</b>	Código de la entidad previsional de afiliación del beneficiario, según tabla N°11 del Anexo N°3	N[5]
<b>SUBSIDIO_INICIADO</b>	Indicar si el subsidio inicia su pago en el mes informado o no, según tabla N°15 del Anexo N°3	N[1]

**ARCHIVO PLANO N°5: CONTROLDOCU**  
**DESCRIPCIÓN: NÓMINA DE CONTROL DE LOS DOCUMENTOS**

NOMBRE DEL CAMPO	DESCRIPCIÓN	FORMATO
<b>ORIGEN_SUBSIDIO</b>	Código del origen del subsidio, según tabla N°1 del Anexo 3.	N[1]
<b>RUT_EMPLEADOR</b>	Rol Único Tributario del empleador con dígito verificador	99999999-9
<b>NOMBRE_EMPLEADOR</b>	Nombre o razón social del empleador del beneficiario.	A[80]
<b>RUN_BENEFICIARIO</b>	Cédula de identidad del beneficiario del subsidio, con dígito verificador.	99999999-9
<b>NOMBRE_BENEFICIARIO</b>	Nombre completo y apellidos del beneficiario.	A[80]
<b>MOD_PAGO</b>	Código de la modalidad de pago, según tabla N°7 del Anexo 3.	N[1]
<b>NUM_DOCUMENTO</b>	Corresponde al número de identificación, según la modalidad de pago que la entidad utiliza para vincular inequívocamente, ya sea de manera directa o agregada, los datos informados en este campo, con el respectivo cargo bancario identificado en la cuenta corriente exclusiva, de manera de poder realizar la respectiva conciliación bancaria a los movimientos que sean conciliables. Según Modalidad de pago.	A[20]
<b>FECHA_EMISION_DOCUMENTO</b>	Fecha señalada, según la modalidad de pago la que no puede ser diferente a 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
<b>MONTO_DOCUMENTO</b>	Monto consignado en el documento de pago según la modalidad de pago.	N[15]
<b>CODIGO_BANCO</b>	Código del banco girador del documento o transacción con que se pagó el beneficio, según tabla N°8 del Anexo 3.	A[3]
<b>ESTADO_DOCUMENTO</b>	Código del estado del documento emitido, según tabla N°10 del Anexo 3. para las siguientes situaciones: cuando éste sea efectivamente cobrado por el beneficiario, anulado o caducado. por lo tanto, en el caso de documentos depositados o transferidos electrónicamente, se da por cobrado cuando se efectúa la transacción. En las situaciones de cheques u órdenes de pago, se da por cobrado cuando el beneficiario cobra efectivamente el beneficio.	N[1]
<b>FECHA_CAMBIO_ESTADO</b>	Fecha del cobro del documento, anulación o caducidad, de acuerdo a lo señalado anteriormente.	AAAAMMDD

**ARCHIVO PLANO N°6: DOCSREVALREEM**

**DESCRIPCIÓN: NÓMINA DE DOCUMENTOS REVALIDADOS O REEMITIDOS**

<b>NOMBRE DEL CAMPO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>FORMATO</b>
<b>ORIGEN_SUBSIDIO</b>	Código del origen del subsidio, según tabla N°1 del Anexo 3.	N[1]
<b>MOD_PAGO_ORIGINAL</b>	Se debe informar el código de la modalidad de pago del documento originalmente emitido a pago.	N[1]
<b>CODIGO_BANCO_ORIGINAL</b>	Código del banco girador original del documento o transacción con que se pagó el beneficio.	A[3]
<b>NUM_DOCUMENTO_ORIGINAL</b>	Corresponde al número de identificación original, según la modalidad de pago que la entidad utiliza para vincular inequívocamente, ya sea de manera directa o agregada, los datos informados en este campo, con el respectivo cargo bancario identificado en la cuenta corriente exclusiva. Según Modalidad de pago.	A[20]
<b>FECHA_EMISION_DOCUMENTO_ORIGINAL</b>	Fecha señalada del número de documento original, según la modalidad de pago la que no puede ser diferente a 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
<b>MONTO_DOCUMENTO_ORIGINAL</b>	Monto consignado en el documento de pago original según la modalidad de pago.	N[15]
<b>ESTADO_DOCUMENTO_ORIGINAL</b>	Estado del documento originalmente emitido a pago. El estado debe ser caducado o anulado, y el documento debe haber estado informado en el mes o previamente con el estado señalado.	N[1]
<b>MOD_PAGO_NUEVO</b>	Código de la modalidad de pago del nuevo documento, según tabla N°7 del Anexo 3.	N[1]
<b>CODIGO_BANCO_NUEVO</b>	Código del banco girador nuevo del documento o transacción con que se pagó el beneficio. según tabla N°8 del Anexo 3.	A[3]
<b>NUM_DOCUMENTO_NUEVO</b>	Corresponde al número de identificación, según la modalidad de pago que la entidad utiliza para vincular inequívocamente, ya sea de manera directa o agregada, los datos informados en este campo, con el respectivo cargo bancario identificado en la cuenta corriente exclusiva, de manera de poder realizar la respectiva conciliación bancaria a los movimientos que sean conciliables. Según Modalidad de pago.	A[20]
<b>FECHA_EMISION_DOCUMENTO_NUEVO</b>	Fecha señalada del número de documento nuevo, según la modalidad de pago la que no puede ser diferente a la fecha asignada para el pago de subsidio. En el caso de una	AAAAMMDD

**ARCHIVO PLANO N°6: DOCSREVALREEM**

**DESCRIPCIÓN: NÓMINA DE DOCUMENTOS REVALIDADOS O REEMITIDOS**

<b>NOMBRE DEL CAMPO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>FORMATO</b>
	transferencia electrónica o depósito, corresponderá a la fecha de la operación.	
<b>MONTO_DOCUMENTO_NUEVO</b>	Monto consignado en el documento de pago nuevo según la modalidad de pago.	N[15]

**ARCHIVO PLANO N°7:**

**DATOSLICCOB**

**DESCRIPCIÓN: NÓMINA DE DATOS DE LAS LICENCIAS MÉDICAS (ARCHIVOS PLANOS N°s 2 Y 4)  
COBRADAS EN EL MES**

NOMBRE DEL CAMPO	DESCRIPCIÓN	FORMATO
<b>NUMERO_FOLIO_LICENCIA</b>	En este campo se indicará el número de folio completo de la licencia, el mismo utilizado en los archivos planos N°s. 2 y 4.	A[14]
<b>RUN_BENEFICIARIO</b>	Corresponde registrar la cédula de identidad del beneficiario, con dígito verificador.	99999999 9-9
<b>NOMBRE_BENEFICIARIO</b>	Nombre completo y apellidos del beneficiario.	A[80]
<b>SEXO</b>	Sexo del beneficiario, indicar Masculino (M) o Femenino (F), según tabla N°23 del anexo N°3.	A[1]
<b>FECHA_EMISION_LICENCIA</b>	Fecha de emisión de la licencia médica.	AAAAMM DD
<b>FECHA_INICIO_REPOSO</b>	En este campo se debe anotar la fecha en que se inicia la incapacidad laboral (los indicados en la sección B del Formulario de Licencias Médicas).	AAAAMM DD
<b>FECHA_TERMINO_REPOSO</b>	En este campo se debe anotar la fecha en que se terminó la incapacidad laboral (los indicados en la sección B del Formulario de Licencias Médicas).	AAAAMM DD
<b>NRO_DIAS_LICENCIA</b>	Número de días de duración de la licencia médica (sección A del Formulario de Licencias Médicas)	N[3]
<b>NUM_DIAS_LICENCIA_AUTORIZADOS</b>	Se debe indicar el número total de días autorizados de la licencia (los indicados en la sección B del Formulario de Licencias Médicas).	N[3]
<b>COD_AUTORIZACION</b>	Se debe indicar el código de autorización de la licencia (los indicados en la sección B del Formulario de Licencias Médicas), según tabla N°17 del anexo N°3.	N[1]
<b>FECHA_EMISION_RESOLUCION</b>	Se debe indicar la fecha de emisión de la resolución de la licencia (los indicados en la sección B del Formulario de Licencias Médicas), según tabla N°17 del Anexo 3.	AAAAMM DD
<b>FECHA_REDICTAMEN</b>	Se debe indicar la fecha de redictamen de la licencia (los indicados en la sección B del Formulario de Licencias Médicas).	AAAAMM DD
<b>RUN_MENOR_ENFERMO</b>	Corresponde registrar la cédula de identidad del menor enfermo, con dígito verificador.	99999999 9-9
<b>NOMBRE_MENOR_ENFERMO</b>	Nombres y apellidos del niño menor enfermo	A[80]
<b>FECHA_NAC_MENOR_ENFERMO</b>	Fecha de nacimiento del niño menor enfermo	AAAAMM DD
<b>COD_TIPO_LICENCIA</b>	Codificación del tipo de la licencia médica, según tabla N°13 del Anexo 3.	N[1]
<b>COD_COMUNA_BENEFICIARIO</b>	Código de la comuna del beneficiario indicado en la sección C del Formulario de Licencias Médicas según codificación del campo. (ver listado de dominio)	A[5]

**ARCHIVO PLANO N°7:**

**DATOSLICCOB**

**DESCRIPCIÓN: NÓMINA DE DATOS DE LAS LICENCIAS MÉDICAS (ARCHIVOS PLANOS N°s 2 Y 4)**

**COBRADAS EN EL MES**

<b>NOMBRE DEL CAMPO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>FORMATO</b>
<b>RUN_PROFESIONAL</b>	Corresponde registrar la cédula de identidad del profesional que otorgó la licencia médica, con dígito verificador.	99999999 9-9
<b>NOMBRE_PROFESIONAL</b>	Se debe registrar los nombres y apellidos del médico o matrona	A[80]
<b>REGISTRO_COLEGIO_PROFESIONAL</b>	Se debe indicar el registro del colegio profesional indicado en la sección A.6. del Formulario de Licencias Médicas.	A[20]
<b>CODIGO_DIAGNOSTICO</b>	Se debe registrar el código correspondiente según la Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE 10). Para el caso de la licencia médica prenatal, el código será 650 y para el postnatal 1650.	A[20]
<b>RUT_EMPLEADOR</b>	Rol Único Tributario del empleador con dígito verificador	99999999 9-9
<b>NOMBRE_EMPLEADOR</b>	Se debe registrar el nombre o razón social del empleador	A[80]
<b>CALIDAD_TRABAJADOR</b>	Código de la calidad del trabajador indicado en la sección C del Formulario de Licencias Médicas, según tabla N°14 del Anexo 3.	N[1]

**ARCHIVO PLANO N°8:**

**DATOS LICRESOL**

**DESCRIPCIÓN: NÓMINA DE DATOS DE LICENCIAS MÉDICAS CON RESOLUCIÓN EN EL MES**

NOMBRE DEL CAMPO	DESCRIPCIÓN	FORMATO
NUMERO_FOLIO_LICENCIA	Número de folio completo de la licencia médica en caso que el tipo de subsidio corresponda a prenatal, postnatal o enfermedad grave del niño menor de un año. En caso de corresponder a un permiso postnatal parental, se deberá indicar la licencia que originó el subsidio (Licencia Postnatal). El formato requerido es código de formulario de licencia médica (Indicado en la tabla N°21 del Anexo N°3), guion y el número de la licencia sin dígito verificador, incluyendo ceros después del guion, en caso de que el número tenga un largo inferior a 12, para completar el largo del campo.	A[14]
TIPO_PRONUNCIAMIENTO	Tipo de pronunciamiento indicado en la Zona B de la Licencia médica, según tabla N°19 del Anexo 3.	N[1]
RUN_BENEFICIARIO	Cédula de identidad del beneficiario, con dígito verificador.	999999999-9
NOMBRE_BENEFICIARIO	Nombres y Apellidos del beneficiario	A[80]
VINCULO_BENEFICIARIO_MENOR	Código del vínculo que posee el beneficiario con el menor, según tabla N°3 del Anexo 3. En caso de corresponder a un subsidio prenatal, corresponderá informar el código para 'Madre'.	N[1]
SEXO	Sexo del beneficiario, indicar Masculino (M) o Femenino (F), según tabla N°23 del anexo N°3.	A[1]
ACTIVIDAD_LABORAL_TRABAJADOR	Corresponde registrar el código de la actividad laboral del trabajador (beneficiario del subsidio), según tabla N°12 del Anexo 3.	A[2]
NRO_NACIMIENTOS	Número de niños nacidos en el parto utilizado para el cálculo de días autorizados de la licencia postnatal. En caso de corresponder a un subsidio prenatal o por enfermedad grave del niño menor de un año se deberá indicar 0.	N[2]
FECHA_EMISION_LICENCIA	Fecha de emisión de la licencia médica indicada en la sección A del Formulario de Licencias Médicas	AAAAMMD D
FECHA_INICIO_REPOSO	Fecha de inicio la incapacidad laboral (indicado en la sección B del Formulario de Licencias Médicas).	AAAAMMD D
FECHA_TERMINO_REPOSO	Fecha de término de la incapacidad laboral (indicado en la sección B del Formulario de Licencias Médicas).	AAAAMMD D
NUM_DIAS_LICENCIA	Número de días de duración de la licencia médica (sección A del Formulario de Licencias Médicas)	N[3]
NUM_DIAS_LICENCIA_AUTORIZADOS	Número total de días autorizados de la licencia (indicados en la sección B del Formulario de Licencias Médicas).	N[3]
NUM_DIAS_LICENCIA_RECHAZADOS	Número total de días rechazados de la licencia.	N[3]

**ARCHIVO PLANO N°8:**

**DATOS LICRESOL**

**DESCRIPCIÓN: NÓMINA DE DATOS DE LICENCIAS MÉDICAS CON RESOLUCIÓN EN EL MES**

<b>NOMBRE DEL CAMPO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>FORMATO</b>
<b>RUN_MENOR_ENFERMO</b>	Cédula de identidad del menor enfermo, con dígito verificador.	999999999-9
<b>NOMBRE_MENOR_ENFERMO</b>	Nombres y Apellidos del menor enfermo	A[80]
<b>FECHA_NAC_MENOR_ENFERMO</b>	Fecha de nacimiento del niño menor enfermo.	AAAAMMD D
<b>COD_COMUNA_BENEFICIARIO</b>	Código de la comuna del beneficiario indicado en la sección C del Formulario de Licencias Médicas, según tabla N°22 del Anexo 3.	A[5]
<b>RUN_PROFESIONAL</b>	Cédula de identidad del profesional que otorgó la licencia médica, con dígito verificador.	999999999-9
<b>NOMBRE_PROFESIONAL</b>	Nombres y Apellidos del médico o matrona	A[80]
<b>REGISTRO_COLEGIO_PROFESIONAL</b>	Registro del colegio profesional indicado en la sección A.5. del Formulario de Licencias Médicas.	A[20]
<b>COD_TIPO_LICENCIA</b>	Codificación del tipo de la licencia médica, según tabla N°13 del Anexo 3.	N[1]
<b>CODIGO_DIAGNOSTICO</b>	Código correspondiente según la Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE 10). Para el caso de la licencia médica prenatal, el código será 650 y para el postnatal 1650.	A[20]
<b>RUT_EMPLEADOR</b>	Rol Único Tributario del empleador con dígito verificador	999999999-9
<b>NOMBRE_EMPLEADOR</b>	Nombre o razón social del empleador	A[80]
<b>CALIDAD_TRABAJADOR</b>	Código de la calidad del trabajador indicado en la sección C del Formulario de Licencias Médicas, según tabla N°14 del Anexo 3.	N[1]
<b>FECHA_EMISION_RESOLUCION</b>	Se debe indicar la fecha de emisión de la resolución de la licencia (los indicados en la sección B del Formulario de Licencias Médicas).	AAAAMMD D
<b>FECHA_REDictAMEN</b>	Se debe indicar la fecha de redictamen de la licencia (los indicados en la sección B del Formulario de Licencias Médicas).	AAAAMMD D
<b>COD_AUTORIZACION</b>	Se debe indicar el código de autorización de la licencia (los indicados en la sección B del Formulario de Licencias Médicas), según tabla N°17 del anexo N°3.	N[1]
<b>CAUSAL_RECHAZO_LICENCIA</b>	Código de la causal de rechazo de la licencia médica en caso que aplique, según tabla N°18 del anexo N°3.	N[1]