ANEXO N°13
ARCHIVOS PLANOS 5 AL 11

Archivo Plano 5: Reintegros

Nº Campo	Nombre Campo	Descripción	Formato	Ejemplo	Tabla de dominios
1	AÑO_MES_INFORMACION	Corresponde al año y mes del Informe del Gasto.	AAAAMM	201804	-
2	CODIGO _ENTIDAD	Se debe indicar el código asociado a la entidad pagadora.	N[5]	20113	2
3	CODIGO_ARCHIVO	Se debe indicar el código de archivo.	N[2]	5	1
4	RUN_BENEFICIARIO	Cédula de identidad del beneficiario, incluye guion y dígito verificador.	A[11]	12135698-7	-
5	NOMBRE_BENEFICIARIO	Nombres y Apellidos del beneficiario.	A[80]	Carla Gutiérrez Solano	-
6	TIPO_SUBSIDIO	Código del tipo de subsidio.	N[1]	1	5
7	NRO_LICENCIA	Número de folio completo Formulario Licencia Médica Permiso SANNA.	A[14]	S5126	-
8	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]	84564987-3	-
9	NOMBRE_EMPLEADOR	Nombre o razón social del empleador. Tratándose de trabajadores independientes y de trabajadores(as) temporal cesante, se deberá indicar el nombre del beneficiario.	A[80]	Calzados Verónica S.A.	-
10	ORIGEN_REINTEGRO	Origen del reintegro.	N[1]	1	8
11	MONTO_TOTAL_SUBSIDIO_REINTEGRADO	Monto total de subsidios mal pagados o enterados.	N[15]	254025	-
12	MONTO_TOTAL_COTIZACION_REINTEGRADO	Monto total de cotizaciones mal pagadas o enteradas.	N[15]	75000	-
13	TIPO_DE_REGISTRO_PAGO	Deberá señalarse el tipo de registro.	N[1]	1	7

Archivo Plano 6: Subsidios y cotizaciones previsionales pagadas

Nº Campo	Nombre Campo	Descripción	Formato	Ejemplo	Tabla de dominios
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	A[20]	C416	-

Nº Campo	Nombre Campo	Descripción	Formato	Ejemplo	Tabla de dominios
		de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE 10).			
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	AAAAMMDD	20180401	-

Nº Campo	Nombre Campo	Descripción	Formato	Ejemplo	Tabla de dominios
		(indicado en el Formulario SANNA).			
27	FECHA_TERMINO_REPOSO	Fecha de término de la incapacidad laboral (indicado en el Formulario SANNA).	AAAAMMDD	20180415	-
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	-

Nº Campo	Nombre Campo	Descripción	Formato	Ejemplo	Tabla de dominios
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	N[15]	35000	-

Nº Campo	Nombre Campo	Descripción	Formato	Ejemplo	Tabla de dominios
		corresponderá al porcentaje de días autorizados en la licencia.			
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

Archivo Plano 7: Remuneraciones para el cálculo del subsidio diario

Nº Campo	Nombre Campo	Descripción	Formato	Ejemplo	Tabla de dominios
1	AÑO_MES_INFORMACION	Corresponde al año y mes del Informe del Gasto.	AAAAMM	201805	-
2	CODIGO _ENTIDAD	Se debe indicar el código asociado a la entidad pagadora de la contingencia.	N[5]	20111	2
3	CODIGO_ARCHIVO	Se debe indicar el código de archivo.	N[2]	7	1
4	RUN_BENEFICIARIO	Cédula de identidad del beneficiario, incluye guion y dígito verificador.	A[11]	12654893-3	-
5	NOMBRE_BENEFICIARIO	Nombres y Apellidos del beneficiario.	A[80]	Mariela Rivera Salas	-
6	CALIDAD_DEL_TRABAJADOR	Código de la calidad del trabajador.	N[1]	3	18
7	NRO_LICENCIA	Número de folio completo de la licencia médica (Formulario SANNA).	A[14]	S5364	-
8	FECHA_EMISIÓN_FORMULARIO_SANNA	Fecha de emisión del Formulario Licencia médica para permiso SANNA. El formato a utilizar es AAAAMMDD	AAAAMMDD	20180415	-
9	NUM_DIAS_LICENCIA_AUTORIZADOS	Número total de días autorizados de la licencia (indicados en el formulario SANNA).	N[3]	15	-
10	NUM_DIAS_SUB_PAGADOS	Días efectivamente pagados por la licencia médica autorizada al beneficiario.	N[3]	15	-
11	AÑO_MES_1	Primer mes más cercano a la fecha de inicio de la licencia.	AAAAMM	201803	-
12	REM_1	Primera remuneración neta más cercana a la fecha de inicio de la licencia.	N[15]	325000	-
13	TIPO_RENTA_1	Tipo de remuneración que se percibió en dicho mes.	N[1]	1	19
14	AÑO_MES_2	Segundo mes más cercano a la fecha de inicio de la licencia.	AAAAMM	201802	-
15	REM_2	Segunda remuneración neta más cercana a la fecha de inicio de la licencia.	N[15]	335000	-
16	TIPO_RENTA_2	Tipo de remuneración que se percibió en dicho mes.	N[1]	1	19
17	AÑO_MES_3	Tercer mes más cercano a la fecha de inicio de la licencia.	AAAAMM	201801	-
18	REM_3	Tercera remuneración neta más cercana a la fecha de inicio de la licencia.	N[15]	315000	-

Nº Campo	Nombre Campo	Descripción	Formato	Ejemplo	Tabla de dominios
19	TIPO_RENTA_3	Tipo de remuneración que se percibió en dicho mes.	N[1]	1	19
20	AÑO_MES_4	Cuarto mes más cercano a la fecha de inicio de la licencia.	AAAAMM	-	-
21	REM_4	Cuarta remuneración neta más cercana a la fecha de inicio de la licencia.	N[15]	-	-
22	TIPO_RENTA_4	Tipo de remuneración que se percibió en dicho mes.	N[1]	-	-
23	AÑO_MES_5	Quinto mes más cercano a la fecha de inicio de la licencia.	AAAAMM	-	-
24	REM_5	Quinta remuneración neta más cercana a la fecha de inicio de la licencia.	N[15]	-	-
25	TIPO_RENTA_5	Tipo de remuneración que se percibió en dicho mes.	N[1]	-	-
26	AÑO_MES_6	Sexto mes más cercano a la fecha de inicio de la licencia.	AAAAMM	-	-
27	REM_6	Sexta remuneración neta más cercana a la fecha de inicio de la licencia.	N[15]	-	-
28	TIPO_RENTA_6	Tipo de remuneración que se percibió en dicho mes.	N[1]	-	-
29	AÑO_MES_7	Séptimo mes más cercano a la fecha de inicio de la licencia.	AAAAMM	-	-
30	REM_7	Séptima remuneración neta más cercana a la fecha de inicio de la licencia.	N[15]	-	-
31	TIPO_RENTA_7	Tipo de remuneración que se percibió en dicho mes.	N[1]	-	-
32	AÑO_MES_8	Octavo mes más cercano a la fecha de inicio de la licencia.	AAAAMM	-	-
33	REM_8	Octava remuneración neta más cercana a la fecha de inicio de la licencia.	N[15]	-	-
34	TIPO_RENTA_8	Tipo de remuneración que se percibió en dicho mes.	N[1]	-	-
35	AÑO_MES_9	Noveno mes más cercano a la fecha de inicio de la licencia.	AAAAMM	-	-
36	REM_9	Novena remuneración neta más cercana a la fecha de inicio de la licencia.	N[15]	-	-
37	TIPO_RENTA_9	Tipo de remuneración que se percibió en dicho mes.	N[1]	-	-
38	AÑO_MES_10	Décimo mes más cercano a la fecha de inicio de la licencia.	AAAAMM	-	-
39	REM_10	Décima remuneración neta más cercana a la fecha de inicio de la licencia.	N[15]	-	-
40	TIPO_RENTA_10	Tipo de remuneración que se percibió en dicho mes.	N[1]	-	-

Nº Campo	Nombre Campo	Descripción	Formato	Ejemplo	Tabla de dominios
41	AÑO_MES_11	Undécimo mes más cercano a la fecha de inicio de la licencia.	AAAAMM	-	-
42	REM_11	Undécima remuneración neta más cercana a la fecha de inicio de la licencia.	N[15]	-	-
43	TIPO_RENTA_11	Tipo de remuneración que se percibió en dicho mes.	N[1]	-	-
44	AÑO_MES_12	Duodécimo mes más cercano a la fecha de inicio de la licencia.	AAAAMM	-	-
45	REM_12	Duodécima remuneración neta más cercana a la fecha de inicio de la licencia.	N[15]	-	-
46	TIPO_RENTA_12	Tipo de remuneración que se percibió en dicho mes.	N[1]	-	-

Archivo Plano 8: Control de los documentos

Nº Campo	Nombre Campo	Descripción	Formato	Ejemplo	Tabla de dominios
1	AÑO_MES_INFORMACION	Corresponde al año y mes del Informe del Gasto.	AAAAMM	201804	-
2	CODIGO _ENTIDAD	Se debe indicar el código asociado a la entidad pagadora de la contingencia.	N[5]	20113	2
3	CODIGO_ARCHIVO	Se debe indicar el código de archivo.	N[2]	1	1
4	TIPO_SUBSIDIO	Código del tipo de subsidio.	N[1]	1	5
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]	78345678-9	-
6	NOMBRE_EMPLEADOR	Nombre o razón social del empleador	A[80]	Andina S.A	-
7	RUN_BENEFICIARIO	Cédula de identidad del beneficiario, incluye guion y dígito verificador.	A[11]	12345678-9	-
8	NOMBRE_BENEFICIARIO	Nombre completo del beneficiario.	A[80]	Pedro Pardo Jaramillo	-
9	CAUSAL_EMISION	Código de la causal de emisión.	N[1]	1	14
10	MODALIDAD_PAGO	Código de la modalidad de pago.	N[1]	1	11
11	SERIE_DOCUMENTO	Número de serie del cheque, transferencia u orden de pago, según corresponda.	A[20]	As123	-
12	NUM_DOCUMENTO	Número del documento que le corresponda a cada beneficiario, según la modalidad de pago.	A[20]	9876543	-
13	FECHA_EMISION_DOCUMENTO	Fecha en la que fue emitido el documento de pago. En el caso de una transferencia electrónica o depósito, corresponderá a la fecha de la operación.	AAAAMMDD	20180429	-
14	MONTO_DOCUMENTO	Monto por el cual se extendió el documento, es decir, el cheque, orden de pago o transferencia electrónica.	N[15]	300000	-
15	CODIGO_ BANCO	Código del banco asociado al cheque, orden de pago y/o transferencia electrónica.	N[3]	1	13
16	ESTADO_DOCUMENTO	Código del estado del documento emitido, para las siguientes situaciones: cuando éste es 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 y órdenes de pago, se da	N[1]	1	16

Nº Campo	Nombre Campo	Descripción	Formato	Ejemplo	Tabla de dominios
		por cobrado cuando el beneficiario cobra efectivamente el beneficio.			
17	FECHA_CAMBIO_ESTADO	Fecha del cobro del documento, anulación o caducidad, de acuerdo a lo señalado anteriormente.	AAAAMMDD	20180507	-

Archivo Plano 9: Documentos revalidados o reemitidos

Nº Campo	Nombre Campo	Descripción	Formato	Ejemplo	Tabla de dominios
1	AÑO_MES_INFORMACION	Corresponde al año y mes del Informe del Gasto.	AAAAMM	201804	-
2	CODIGO _ENTIDAD	Se debe indicar el código asociado a la entidad pagadora de la contingencia.	N[5]	30200	2
3	CODIGO_ARCHIVO	Se debe indicar el código de archivo.	N[2]	9	1
4	RUN_BENEFICIARIO	Cédula de identidad del beneficiario, incluye guion y dígito verificador.	A[11]	12345678-9	1
5	TIPO_SUBSIDIO	Código del tipo de subsidio.	N[1]	1	5
6	NRO_LICENCIA	Número de folio completo Formulario Licencia Médica Permiso SANNA.	A[14]	S413	-
7	TIPO_EMISION_DOCUMENTO	Corresponde al tipo de documento emitido.	N[1]	2	12
8	MODALIDAD_PAGO_ORIGINAL	Corresponde a la modalidad de pago del documento original, el cual fue caducado o anulado, e informado previamente en el archivo plano Nº 4 y posteriormente revalidado o reemitido.	N[1]	1	11
9	CODIGO_ BANCO_ORIGINAL	Corresponde al código del banco original	N[3]	37	13
10	SERIE_DOCUMENTO_ORIGINAL	Corresponde al número de serie del documento original.	A[20]	A-51326	-
11	NUM_DOCUMENTO_ORIGINAL	Corresponde al número de documento original.	A[20]	6257812	-
12	FECHA_EMISION_DOCUMENTO_ORIGINAL	Corresponde a la fecha de emisión del documento original.	AAAAMMDD	20180103	-
13	MONTO_DOCUMENTO_ORIGINAL	Corresponde al monto del documento original.	N[15]	250000	-
14	ESTADO_DOCUMENTO_ORIGINAL	Corresponde al estado del documento original.	N[1]	3	-
15	MODALIDAD_PAGO_NUEVO	Corresponde a la modalidad de pago del	N[1]	1	11

Nº Campo	Nombre Campo	Descripción	Formato	Ejemplo	Tabla de dominios
		documento nuevo, el cual reemplaza a un documento anulado o caducado y que haya sido informado en el archivo plano Nº 4.			
16	CODIGO_ BANCO_NUEVO	Corresponde al código del banco nuevo.	N[3]	12	13
17	SERIE_DOCUMENTO_NUEVO	Corresponde al número de serie del nuevo documento.	A[20]	SF012	-
18	NUM_DOCUMENTO_NUEVO	Corresponde al número de documento nuevo.	A[20]	567812556	-
19	FECHA_EMISION_DOCUMENTO_NUEVO	Corresponde a la fecha de emisión del documento nuevo.	AAAAMMDD	20180323	-
20	MONTO_DOCUMENTO_NUEVO	Corresponde al monto del documento nuevo.	N[15]	250000	-

Archivo Plano 10: Modificaciones al Archivo Plano N° 5

Nº Campo	Nombre Campo	Descripción	Formato	Ejemplo	Tabla de dominios
1	AÑO_MES_INFORMACION	Corresponde al año y mes del Informe del Gasto.	AAAAMM	201804	-
2	CODIGO _ENTIDAD	Se debe indicar el código asociado a la entidad pagadora.	N[5]	20113	2
3	CODIGO_ARCHIVO	Se debe indicar el código de archivo.	N[2]	5	1
4	RUN_BENEFICIARIO	Cédula de identidad del beneficiario, incluye guion y dígito verificador.	A[11]	12135698-7	-
5	NOMBRE_BENEFICIARIO	Nombres y Apellidos del beneficiario.	A[80]	Carla Gutiérrez Solano	-
6	TIPO_SUBSIDIO	Código del tipo de subsidio.	N[1]	1	5
7	NRO_LICENCIA	Número de folio completo Formulario Licencia Médica Permiso SANNA.	A[14]	S5126	-
8	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]	84564987-3	-
9	NOMBRE_EMPLEADOR	Nombre o razón social del empleador. Tratándose de trabajadores independientes y de trabajadores(as) temporal	A[80]	Calzados Verónica S.A.	-

Nº Campo	Nombre Campo	Descripción	Formato	Ejemplo	Tabla de dominios
		cesante, se deberá indicar el nombre del beneficiario.			
10	ORIGEN_REINTEGRO	Origen del reintegro.	N[1]	1	8
11	MONTO_TOTAL_SUBSIDIO_REINTEGRADO	Monto total de subsidios mal pagados o enterados.	N[15]	254025	-
12	MONTO_TOTAL_COTIZACION_REINTEGRADO	Monto total de cotizaciones mal pagadas o enteradas.	N[15]	75000	-

Archivo Plano 11: Modificaciones al Archivo Plano N°6

Nº Campo	Nombre Campo	Descripción	Formato	Ejemplo	Tabla de dominios
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

Nº Campo	Nombre Campo	Descripción	Formato	Ejemplo	Tabla de dominios
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	-

Nº Campo	Nombre Campo	Descripción	Formato	Ejemplo	Tabla de dominios
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	-
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	A[20]	-	-

Nº Campo	Nombre Campo	Descripción	Formato	Ejemplo	Tabla de dominios
		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.			
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	N[15]	780000	-

Nº Campo	Nombre Campo	Descripción	Formato	Ejemplo	Tabla de dominios
		contrato de trabajo el subsidio Sanna.			
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