

ANEXO N°2

ESTRUCTURA DE ARCHIVO CON INFORME FORMULARIOS DE LICENCIAS SANNA RECHAZADAS

Nombre del campo	Descripción	Formato
AGENCIA_COMPIN_SUBCOMISION	Identificación de sucursal o agencia de la entidad (COMPIN) o (Subcomisión) donde el beneficiario tramitó la licencia médica, de acuerdo a la codificación de la Tabla N°1, del Anexo N°3.	N[5]
AÑO_MES_INFORMACION	Corresponde a la fecha en que se incorpora la licencia al archivo Excel.	AAAMMDD
FECHA_OTORGAMIENTO_LICENCIA	Corresponde a la fecha en que fue otorgada la Licencia Médica Permiso SANNA.	AAAMMDD
NRO_LICENCIA	Número de folio completo de la Licencia Médica Permiso SANNA,	A[14]
FECHA_INICIO_REPOSO	Fecha de inicio de la incapacidad laboral (indicado en el Formulario SANNA).	AAAMMDD
FECHA_TERMINO_REPOSO	Fecha de término de la incapacidad laboral (indicado en el Formulario SANNA).	AAAMMDD
TIPO_JORNADA	Corresponda a si es modalidad en jornada completa o parcial, según codificación de la Tabla N°2, del Anexo N°3.	A[1]
TRASPASO_SUBSIDIO	Se debe indicar cuando un subsidio se traspasa del padre a la madre o viceversa, o no es un traspaso, según codificación de la Tabla N°3, del Anexo N°3.	N[1]
NRO_DIAS_LICENCIA	Número de días otorgados en la Licencia Médica Permiso SANNA,	N[2]
TIPO_CONTINGENCIA_SANNA	Indicar contingencia protegida por el Seguro: A= cáncer; B=trasplante de órgano y progenitores hematopoyéticos; C=fase o estado terminal de vida; D=accidente grave con riesgo de muerte o secuela funcional grave y permanente. E: Enfermedad grave que requiera hospitalización en una UCI o UTI.	A[1]
FECHA_CONTINGENCIA_SANNA	Cuando se trate de las contingencias letras B o D anteriores, se deberá señalar la fecha de la ocurrencia de la contingencia (fecha del trasplante / fecha del accidente).	AAAMMDD
CODIGO_DIAGNOSTICO	Código según Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud (CIE10).	A[20]
DIAGNOSTICO	Tipo de Diagnóstico en palabras (completar en caso de no estar codificado).	A[200]
RUN_BENEFICIARIO	Cédula de identidad del beneficiario, incluye guion y dígito verificador.	A[11]
SEXO_BENEFICIARIO	Sexo del Beneficiario, según codificación de Tabla N°12, del Anexo N°3.	N[1]
NACIONALIDAD	Corresponde a la Nacionalidad del Beneficiario, según Tabla N°11, del Anexo N°3.	N[1]
VINCULO_BENEFICIARIO_MENOR	Código del vínculo que posee el beneficiario con el menor según codificación de Tabla N°4, del Anexo N°3	N[1]

Nombre del campo	Descripción	Formato
CALIDAD_DEL_TRABAJADOR	Código de la calidad del trabajador, según codificación de la Tabla N°5, del Anexo N°3.	N[1]
SISTEMA_SALUD	Corresponde informar si corresponde a FONASA o a ISAPRE, según codificación de la Tabla N°6, del Anexo N°3.	N[1]
ISAPRE	Corresponde informar, en caso que el beneficiario este afiliado a ISAPRE, según codificación de la Tabla N°7, del Anexo N°3.	N[1]
PLAN_ISAPRE_UF	Si el beneficiario se encuentra afiliado a una ISAPRE, se deberá informar el valor del Plan en UF.	N[2,3]
ENTIDAD_PREVISIONAL	Corresponde a la AFP en que se encuentra afiliado el beneficiario o sistema antiguo, según codificación de la Tabla N°8, del Anexo N°3.	A[50]
RUN_CAUSANTE	Cédula de identidad del causante, incluye guion y dígito verificador.	A[11]
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]
RUN_CONTRALOR_MEDICO	Rol Único Nacional del médico contralor, incluye guion y dígito verificador, que rechazó la Licencia Médica Permiso SANNA.	A[11]
FECHA_EMISION_RESOLUCION	Fecha de la Resolución que rechazó la Licencia Médica Permiso SANNA.	AAAMMDD
MOTIVO_RECHAZO_LICENCIA	Describir las causas que originaron el rechazo de la Licencia Médica Permiso SANNA.	A[250]