

Compendio de Normas sobre Licencias Médicas, Subsidios por Incapacidad Laboral y Seguro SANNA

/ LIBRO V. SEGURO DE ACOMPAÑAMIENTO DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES (SANNA)

LIBRO V. SEGURO DE ACOMPAÑAMIENTO DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES (SANNA)

TÍTULO I. CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

1. NATURALEZA DEL SEGURO, BENEFICIARIOS Y CAUSANTES

A) NATURALEZA

Por medio de la Ley N°21.063 se creó el Seguro de Acompañamiento de Niños, Niñas y Adolescentes - SANNA -, que permite al padre y la madre que tengan la calidad de trabajadores, ausentarse justificadamente de su trabajo durante un tiempo determinado, con el objeto de prestar atención, acompañamiento o cuidado personal a sus hijos e hijas mayores de un año y menores de 5, 15 ó 18 años edad, según corresponda, cuando estén afectados por alguna de las condiciones graves de salud que dicha norma señala. En este período el trabajador o trabajadora que reúna los requisitos de afiliación y cotizaciones señalados en los artículos 5º y 6º de dicha ley, recibirá un subsidio que reemplazará su remuneración o renta mensual, financiado con cargo al seguro.

B) BENEFICIARIOS

Son beneficiarios de este seguro las personas que tengan alguna de las calidades señaladas en el literal anterior y que sean padre, madre o un tercero a quien se le ha otorgado el cuidado personal mediante resolución judicial, de un niño, niña o adolescente mayor de un año y menor de 5, 15 ó 18, según corresponda, afectado o afectada por una condición grave de salud, según lo establecido en el artículo 7º de la Ley N°21.063.

Para efectos de verificar el parentesco de padre o madre, el trabajador o trabajadora debe acompañar el certificado de nacimiento del menor, con la presentación de la primera licencia médica SANNA o, en su caso, con la consulta que efectúe la respectiva Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN) a la base del Servicio de Registro Civil e Identificación.

Si el padre o madre hubiere obtenido el cuidado personal del hijo o hija, y esto aún no constare en el respectivo certificado de nacimiento, debe acompañar copia autorizada de la resolución judicial conjuntamente con la primera licencia médica.

Tratándose de un tercero a quien se ha otorgado el cuidado personal de un menor por resolución judicial, dicho trabajador o trabajadora debe acompañar el certificado de nacimiento del menor, en que conste que se le ha otorgado dicho cuidado personal, si ya se ha efectuado la respectiva subinscripción. En caso de encontrarse ésta en trámite, esto es, que no conste en el correspondiente certificado que se ha otorgado el cuidado personal, debe acompañar copia autorizada de la resolución judicial al momento de presentar la primera licencia médica SANNA.

Finalmente, cabe precisar que con la publicación de la Ley N°21.400 que modificó diversos cuerpos legales para regular, en igualdad de condiciones, el matrimonio entre personas del mismo sexo, tienen acceso al seguro de la Ley N°21.063 los progenitores de un niño, niña o adolescente afectado por una grave condición de salud, sin distinción de sexo, identidad de género u orientación sexual. Para estos efectos, se entiende como progenitores de un niño, niña o adolescente, a su madre y/o padre, sus dos madres, o sus dos padres.

C) CAUSANTES

Causantes del seguro, según edad y contingencia protegida por el SANNA.

- a) Los niños y niñas mayores de un año y menores de dieciocho años de edad, tratándose de las contingencias cáncer, trasplante de órgano sólido y de progenitores hematopoyéticos y fase o estado terminal de la vida, que incluye los tratamientos destinados al alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado.
- b) Los niños y niñas mayores de un año y menores de quince años de edad, tratándose de la contingencia accidente grave con riesgo de muerte o de secuela funcional grave y permanente.
- c) Los niños y niñas mayores de un año y menores de cinco años de edad, tratándose de la contingencia enfermedad grave que requiera hospitalización en una unidad de cuidados intensivos o de tratamientos intermedios.

La licencia médica SANNA otorgada por un niño, niña o adolescente cuya edad supere los límites ya señalados, debe ser rechazada, reducida o redictaminada, según el caso, por la COMPIN, mediante resolución que informe al trabajador o trabajadora que no se cumple con el requisito de edad. La edad del niño, niña o adolescente debe ser verificada con el respectivo certificado de nacimiento, cédula de identidad si la tuviere o mediante la consulta en línea que efectúe la COMPIN al Sistema de Consulta de Datos (SCOD) administrado por la Superintendencia de Seguridad Social.

Los menores de nacionalidad extranjera, pueden ser causantes del seguro SANNA, en igualdad de condiciones que los menores nacionales, cuando cumplan con los requisitos que establece la Ley.

2. PERSONAS PROTEGIDAS Y REQUISITOS DE ACCESO

A) PERSONAS PROTEGIDAS

- a) Los trabajadores dependientes del sector privado, esto es, afectos al Código del Trabajo.
- b) Los funcionarios de los Ministerios, Intendencias, Gobernaciones, de los Órganos y Servicios Públicos creados para el cumplimiento de la función administrativa, incluida la Contraloría General de la República, Banco Central, Gobiernos Regionales, Municipalidades y de las empresas públicas creadas por ley. También estarán sujetos al seguro, los funcionarios del Congreso Nacional; Poder Judicial; Ministerio Público, Tribunal Constitucional; Servicio Electoral; Tribunales Electorales y demás tribunales especiales creados por ley.

Se excluyen de la protección del seguro los funcionarios de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública sujetos al régimen previsional de las Cajas de Previsión de la Defensa Nacional y de Carabineros de Chile (artículo 2º letra b) de la Ley N°21.063). Lo anterior, sin perjuicio del derecho de los funcionarios y trabajadores civiles de estas Instituciones, regidos por el Código del Trabajo o por el Estatuto Administrativo.

- c) Los trabajadores independientes obligados a cotizar que perciban rentas del artículo 42 número 2 de la Ley de Impuesto a la Renta (inciso primero del artículo 89 del D.L. N°3.500, de 1980, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social) y los trabajadores independientes que coticen voluntariamente conforme lo establece el inciso tercero del artículo 90 del D.L. N°3.500, de 1980, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.
- d) Los trabajadores y trabajadoras temporales cesantes, entendiéndose por tales aquellos cuyo último contrato anterior al permiso haya sido a plazo fijo, por obra, trabajo o servicio determinado, y que cumplan con los requisitos que establece el artículo 6º de la Ley N°21.063.

No corresponde este beneficio si la cesantía es solamente por un empleador, manteniendo vigente otro contrato de trabajo.

En el caso de los trabajadores y trabajadoras de nacionalidad extranjera, incluidos los temporalmente cesantes, pueden acceder a los beneficios del seguro SANNA, en igualdad de condiciones que los nacionales, cuando se verifique que éstos cumplen con los requisitos establecidos para cada caso, en la Ley N°21.063.

B) REQUISITOS DE ACCESO

El trabajador o trabajadora debe, como requisito general, estar afiliado al seguro, afiliación que se entiende efectuada por el sólo ministerio de la ley cuando se incorpora al régimen del seguro de la Ley N°16.744, que establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades previsionales y debe, además, cumplir con las condiciones de acceso al seguro según la contingencia de que se trate y con determinados requisitos previsionales, a saber:

- a) Los trabajadores dependientes deben tener una relación laboral vigente a la fecha de inicio de la licencia médica y registrar, a lo menos, ocho cotizaciones previsionales mensuales, continuas o discontinuas, en los últimos veinticuatro meses anteriores a la fecha de inicio de la licencia médica. Las tres últimas cotizaciones más próximas al inicio de la licencia deben ser continuas.

Para acreditar el cumplimiento del requisito de relación laboral vigente, el empleador debe acompañar copia del contrato de trabajo, copia del decreto de nombramiento o un certificado que acredite que la relación laboral se encuentra vigente al inicio de la licencia médica. Sin embargo, nada obsta a que dicho antecedente sea acompañado por el propio trabajador o trabajadora, al presentar la licencia médica, o posteriormente, para efectos de agilizar su tramitación. En caso de no haberse presentado cualquiera de los documentos indicados, no es necesario que la COMPIN los requiera al empleador si la relación laboral se puede tener por acreditada mediante los datos consignados por el empleador en el respectivo formulario de licencia médica, en concordancia con la información proporcionada para verificar el cumplimiento del requisito de cotizaciones, esto es, en el certificado emitido por PREVIRED o por la entidad previsional respectiva, en que se acredite el cumplimiento de los requisitos.

Respecto de la acreditación de cotizaciones, se realiza mediante el certificado emitido por PREVIRED o por la entidad previsional respectiva. Dicho certificado puede ser de un período inferior a veinticuatro meses si con ello basta para acreditar el cumplimiento del requisito de cotizaciones que la Ley N°21.063 exige. Estando vigente el vínculo laboral al inicio de la licencia médica, las tres cotizaciones más próximas al inicio de la misma, no necesariamente deben

ser las inmediatamente anteriores. Por ejemplo, si la persona presenta licencia médica SANNA en el mes de junio y entre enero y mayo no registra cotizaciones porque pudo tener permiso sin goce de sueldo o licencias médicas de origen común rechazadas, la persona cumple con el requisito de continuidad si registra cotizaciones en octubre, noviembre y diciembre del año anterior.

De acuerdo con el principio de automaticidad de las prestaciones, el hecho que el empleador no haya pagado las cotizaciones del trabajador o trabajadora, no constituye un impedimento para que éste pueda obtener el pago del subsidio que le correspondiera, en virtud de haber hecho uso de la licencia médica. Incluso puede ocurrir que el empleador no sólo no haya pagado las cotizaciones de del trabajador o trabajadora, sino que tampoco las haya declarado, caso en el cual también corresponde aplicar en su favor el principio de la automaticidad de las prestaciones, salvo que se tengan dudas de la efectividad de la relación laboral, situación que debe ser verificada por la COMPIN competente.

- b) Los trabajadores independientes que no se encuentran obligados a cotizar por percibir rentas distintas de las del artículo 42 N°2 de la Ley de Impuesto a la Renta, que coticen como independientes voluntarios de conformidad al artículo 90 del D.L. N°3.500, de 1980, tienen derecho a las prestaciones del Seguro SANNA.

Como el subsidio tiene por finalidad reemplazar rentas de actividad, deben acreditar que realizan una actividad en forma independiente que le genere ingresos, según la naturaleza de la actividad de que se trate. Para tener derecho al subsidio SANNA, deben acreditar los siguientes requisitos:

- Registrar, a lo menos, doce cotizaciones previsionales mensuales, incluidos el pago del Seguro de la Ley de Accidentes Laborales y Enfermedades Profesionales; de pensión y de salud, y de seguro SANNA, continuas o discontinuas, en los últimos veinticuatro meses anteriores al inicio de la licencia médica. Las cinco últimas cotizaciones más próximas al inicio de la licencia deben ser continuas. Para acreditar este requisito, el trabajador o trabajadora independiente debe acompañar un certificado de las cotizaciones previsionales emitido por PREVIRED o de la entidad previsional respectiva, de los veinticuatro meses anteriores al inicio de la licencia médica, o de un período menor si con ello se acredita el cumplimiento de este requisito.
 - Encontrarse al día en el pago de las cotizaciones para pensión, salud, el seguro de la Ley N°16.744 y para el seguro SANNA. Se entiende que se encuentra al día si se han pagado las cotizaciones del mes inmediatamente anterior al inicio de la licencia médica SANNA.
- c) Los trabajadores independientes obligados a cotizar, esto es, aquellos a los que se refiere el artículo 89 del Decreto Ley N°3.500, de 1980, es decir, que perciben rentas del artículo 42 N°2 de la Ley de Impuesto a la Renta y los socios de sociedades profesionales que tributen conforme al citado artículo, sea que esa actividad la ejecuten para el sector público o privado.

Se entiende que estos trabajadores se encuentran al día en el pago de sus cotizaciones si cumplen los requisitos de acceso al seguro, a partir del día primero de julio del año en que se pagaron las cotizaciones determinadas en la Operación Renta y hasta el día treinta de junio del año siguiente.

- d) Trabajador o trabajadora temporalmente cesante:

Si a la fecha de inicio de la licencia médica el trabajador o la trabajadora no cuenta con un contrato de trabajo vigente, tiene derecho a las prestaciones del seguro cuando cumpla copulativamente con los siguientes requisitos:

- Tener doce o más meses de afiliación previsional con anterioridad a la fecha de inicio de la licencia médica, para lo cual debe presentar el certificado de afiliación respectivo, salvo que del propio certificado de cotizaciones se deduzca el cumplimiento de este requisito.
- Registrar, a lo menos, ocho cotizaciones previsionales mensuales, continuas o discontinuas, en calidad de trabajador dependiente, en los últimos veinticuatro meses anteriores a la fecha de inicio de la licencia médica, debiendo acompañar el certificado de cotizaciones emitido por PREVIRED o de la entidad previsional respectiva, de los últimos veinticuatro meses o del período en que cumple con el requisito mencionado.
- Las tres últimas cotizaciones registradas, dentro de los ocho meses anteriores al inicio de la licencia médica, deben ser en virtud de un contrato a plazo fijo o por obra, trabajo o servicio determinado, lo que debe acreditarse adjuntando copia de dicho contrato.

Como requisito general, los beneficiarios deben contar con una licencia médica emitida de conformidad a lo establecido en el artículo 13 de la Ley N°21.063, junto con los demás documentos y certificaciones que correspondan.

3. CONTINGENCIAS PROTEGIDAS POR EL SEGURO

Las condiciones graves de salud que este seguro protege son las siguientes:

- a) Cáncer.

- b) Trasplante de órgano sólido y de progenitores hematopoyéticos.
- c) Fase o estado terminal de la vida. Definida como aquella condición de salud en que no existe recuperación de la salud del niño, niña o adolescente y su término se encuentra determinado por la muerte inminente. Se incluye dentro de esta condición de salud el tratamiento destinado al alivio del dolor y los cuidados paliativos por cáncer avanzado.

En los casos de tratamientos destinados al alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado, la duración del permiso estará determinada por el fallecimiento del menor.
- d) Accidente grave con riesgo de muerte o de secuela funcional grave y permanente.
- e) Enfermedad grave que requiera hospitalización en una unidad de cuidados intensivos o de tratamientos intermedios.

4. INCOMPATIBILIDADES

El seguro SANNA es incompatible con otros beneficios de Seguridad Social o permisos laborales, a saber:

- a) Con el pago del subsidio por incapacidad de origen común o laboral, del subsidio por descanso maternal, incluido el tiempo de descanso postnatal parental o por el permiso por enfermedad grave del niño menor de un año, y se suspenderán por estas causas.

Solamente será compatible con el pago de subsidio de origen común, laboral o de otro beneficio de protección a la maternidad cuando el permiso SANNA sea utilizado en jornada parcial, respecto de la jornada en que el beneficiario debe continuar trabajando.

- b) Con el uso de feriado legal o permiso con o sin goce de remuneración, en su caso.
- c) También es incompatible con contingencias simultáneas o sobrevinientes, vale decir, encontrándose vigente el permiso por una contingencia protegida por el SANNA y en caso que un mismo causante esté afectado por otra contingencia cubierta por el Seguro, el beneficiario no podrá hacerlas efectivas en forma simultánea, debiendo hacer uso del permiso por la contingencia sobreviniente una vez cumplido el período máximo de duración del permiso de la contingencia informada y autorizada inicialmente, siempre que ella esté acreditada médicaamente.

Cabe señalar, que solamente se podrá hacer uso de este beneficio una vez finalizados los permisos o descansos señalados en las letras a y b).

Para efectos de determinar la existencia de una incompatibilidad de las señaladas en las citadas letras, el empleador debe completar la sección denominada "trabajador con otro permiso" contenida en la Sección C4 de la zona C del formulario de licencia médica SANNA, indicando si el trabajador o trabajadora se encuentra haciendo uso de otro permiso laboral o previsional. En caso de estar haciendo uso de otro permiso, debe indicarlo en el cuadro que corresponda, con su fecha de inicio y término.

La COMPIN, previo a resolver la licencia médica SANNA, debe revisar la información proporcionada por el empleador, sin perjuicio que pueda solicitar mayor información al respecto.

5. DURACIÓN DEL PERMISO SEGÚN EL TIPO DE CONTINGENCIA

Para el correcto cómputo de días del permiso SANNA, resulta necesario señalar la duración de éste para cada trabajador o trabajadora, según el tipo de contingencia cubierta, al tenor de lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley N°21.063:

- a) **Cáncer:** hasta ciento ochenta días, por cada niño, niña o adolescente afectado por dicha condición grave de salud, para cada parente, madre, o tercero en un período de doce meses, contados desde el inicio de la primera licencia médica. El permiso podrá ser usado por dos períodos continuos respecto del mismo diagnóstico. En dicho caso, cada progenitor tiene derecho al uso de noventa días de permiso durante el segundo período. El detalle de la utilización se encuentra en el Anexo N°1 "Contabilización de días: contingencia cáncer", del numeral 8 de este Título I.
- b) **Trasplante de órgano sólido y de progenitores hematopoyéticos:** En este caso, el permiso tiene una duración de hasta ciento ochenta días por cada niño, niña o adolescente afectado por esta condición grave de salud, respecto del mismo diagnóstico, para cada parente, madre o tercero con derecho al beneficio, contados desde el inicio de la primera licencia médica. El detalle de la utilización se encuentra en el Anexo N°2 "Contabilización de días: contingencia trasplante de órgano sólido y de progenitores hematopoyéticos", del numeral 8 de este Título I.
- c) **Fase o estado terminal de la vida:** hasta producido el deceso del niño, niña o adolescente. El detalle de la utilización se encuentra en el Anexo N°3 "Contabilización de días: contingencia fase o estado terminal de la vida", del numeral 8 de este Título I.
- d) **Accidente grave con riesgo de muerte o de secuela funcional grave y permanente:** hasta cuarenta y cinco días para el parente, madre o tercero, en relación al evento que lo generó, por cada niño, niña o adolescente afectado por esa condición grave de salud, contados desde el inicio de la primera licencia médica. El cómputo de días se inicia a

contar del día 11 de ocurrido el accidente. El detalle de la utilización se encuentra en el Anexo N°4. "Contabilización de días: contingencia accidente grave con riesgo de muerte o de secuela funcional grave y permanente", del numeral 8 de este Título I.

- e) **Enfermedad grave que requiera hospitalización en una unidad de cuidados intensivos o de tratamientos intermedios:** hasta quince días, en relación al evento que lo generó, por cada niño, niña y adolescente afectado por esa condición grave de salud, contados desde el inicio de la primera licencia médica. El detalle de la utilización se encuentra en el Anexo N°5. "Contabilización de días: contingencia enfermedad grave que requiera hospitalización en una unidad de cuidados intensivos o de tratamientos intermedios", del numeral 8 de este Título I.

En cualquiera de los casos señalados en las letras anteriores, si el niño, niña o adolescente fallece durante el transcurso del permiso, el beneficiario o beneficiaria hará uso y tiene derecho a subsidio hasta el término del período indicado en la licencia médica que regía a la fecha del deceso.

La cantidad máxima de días de permiso para cada beneficiario, según lo señalado en este numeral, es sin perjuicio de los días que le pueden ser traspasados conforme a las reglas indicadas en el numeral 1 del Título IV.

Si la autoridad declara estado de excepción constitucional de catástrofe, en caso de calamidad pública, o una alerta sanitaria con ocasión de una epidemia o pandemia a causa de una enfermedad contagiosa, incluidas sus prórrogas, esta Superintendencia podrá aumentar hasta en noventa días la duración del permiso, respecto de las siguientes contingencias: cáncer, trasplante, fase o estado terminal de la vida y accidente grave, establecidas en las letras a), b), c) y d) del artículo 7º de la Ley N°21.063. Al respecto, cabe agregar que, en el ejercicio de este derecho, cada niño, niña o adolescente sólo dará derecho a un aumento de noventa días por cada una de las contingencias cubiertas.

Este aumento de días supone que solo uno de los progenitores o el tercero que haga uso del permiso, en su caso, puede usar los días.

Finalmente, los días que considera la extensión sólo podrán ser usados una vez agotados los días a que se refiere el artículo 14 de la Ley N°21.063, según sea el caso.

Tratándose de cáncer, debe encontrarse agotado el primer o segundo período, según corresponda.

A) REGISTRO DE LOS DÍAS DE PERMISO

Para efectos de llevar un correcto cómputo de los días de permiso que corresponde a los beneficiarios o beneficiarias del Seguro SANNA, las COMPIN y el Departamento COMPIN Nacional (DCN), pueden disponer de un modelo de control de días, que se traduzca en un registro de días usados por progenitor o progenitora, según contingencia.

Dicho registro permite efectuar el cálculo de días disponibles de acuerdo con los días previos utilizados por cada trabajador o trabajadora y debe considerar distintas variables, como, por ejemplo: el RUN del niño, niña o adolescente, el RUN del progenitor o progenitora que hará uso de los días, la contingencia cubierta, la fecha de inicio y el número de días de la licencia médica SANNA, la jornada en que se hará uso de los días (total o parcial), si son días propios o se trata de un traspaso de días, entre otras.

El registro de días debe contener como mínimo la siguiente información: número de días utilizados por cada trabajador o trabajadora, según contingencia; si el uso de los días corresponde al primer o segundo año, cuando la contingencia cubierta es cáncer; la existencia o no de un traspaso de días y si los días usados corresponden al aumento excepcional de días a que se refiere el inciso octavo del artículo 14 de la Ley N°21.063.

Adicional al uso del registro de días, y previo a emitir el pronunciamiento de la licencia médica SANNA, la COMPIN o el DCN, en su caso, debe revisar otros aspectos relevantes que aseguren el correcto otorgamiento de los días de permiso. En efecto, la COMPIN o el DCN debe revisar la Sección C.4 de la licencia médica SANNA, que es de exclusiva responsabilidad del empleador. En dicha Sección se deben registrar las licencias médicas de que haya hecho uso el beneficiario o beneficiaria, dentro de los últimos tres, cinco o doce meses anteriores a la licencia médica SANNA, según si se trata de un trabajador dependiente, independiente o temporal cesante, respectivamente. Además, en dicha Sección se debe consignar si el beneficiario o beneficiaria se encuentra haciendo uso de algún otro permiso.

Al respecto, cabe señalar que el artículo 19 de la Ley N°21.063, preceptúa que las prestaciones del seguro son incompatibles con el pago del subsidio por incapacidad de origen común o laboral, del subsidio por descanso maternal, incluido el tiempo de descanso postnatal parental o por el permiso por enfermedad grave del niño menor de un año, y se suspenderán por estas causas. Asimismo, serán incompatibles con el uso de feriado legal o permiso con goce de remuneración, en su caso.

Solamente se podrá hacer uso del Seguro SANNA una vez finalizados los permisos o descansos indicados en el párrafo anterior.

A mayor abundamiento y en materia de incompatibilidades, el artículo 27 del Decreto Supremo N°69, de 2019, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, dispone que encontrándose vigente el permiso por una contingencia protegida por el seguro, y en caso que un mismo causante esté afectado por dos o más contingencias que puedan ser protegidas, o exista otro causante con derecho al beneficio de este seguro, el beneficiario no podrá hacerlas efectivas en forma simultánea, debiendo hacer uso del permiso por la contingencia sobreviniente o simultánea una vez cumplido el período máximo de duración del permiso de la contingencia informada y autorizada inicialmente, siempre que ella esté

acreditada médicaamente.

Mientras dure cada licencia médica, las prestaciones del seguro, sea el permiso y/o el pago del subsidio, sólo podrán percibirse en razón de un único causante, o de una sola contingencia respecto del mismo causante. No obstante, la contingencia sufrida por otro causante del beneficio, o una nueva contingencia de este seguro sufrida por el mismo causante, sólo podrá ser invocada una vez finalizado el período de permiso que corresponda a la contingencia por la que se esté haciendo uso del seguro, salvo el caso que se utilice en modalidad de media jornada.

Otro aspecto a considerar por parte de la COMPIN o el DCN, dice relación con las contingencias de las letras d) y e) del artículo 7º de la Ley N°21.063. En ambos casos, los días de permiso otorgados (cuarenta y cinco y quince, respectivamente) se otorgan en relación al evento que lo generó, por cada hijo o hija afectado por esa condición grave de salud, contados desde el inicio de la primera licencia médica. Esto significa, que se generarán los días de permiso cada vez que el niño, niña o adolescente ha sufrido un accidente grave o se ha visto afectado por una enfermedad grave, en los términos establecidos en la Ley N°21.063.

Finalmente, y en materia de recaídas, resulta necesario precisar que en aquellos casos en que el niño, niña o adolescente hubiere terminado el tratamiento asociado a la contingencia cubierta por el SANNA, o se encontrare en fase de mantención, y la referida contingencia reapareciera, dicho cuadro debe considerarse como una recaída, configurándose un nuevo evento para efectos del otorgamiento del beneficio establecido en la Ley N°21.063, aun cuando el diagnóstico consignado en la respectiva licencia médica SANNA corresponda al mismo por el cual se otorgaron las licencias precedentes.

De esta manera, en los casos en que se configure una situación de recaída, la cobertura del SANNA se reiniciará, como si se tratara de un primer evento o diagnóstico, debiendo otorgarse la totalidad de los días de permiso contemplados en el artículo 15 de la Ley N°21.063.

B) PROCEDIMIENTO PARA EL CÓMPUTO DE DÍAS

Cuando la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN) o el Departamento COMPIN Nacional, en su caso, recepcione una licencia médica SANNA además de verificar los requisitos de elegibilidad a que se refieren los artículos 5º y 6º de la Ley N°21.063 y validar que se han acompañado la totalidad de antecedentes según la contingencia que motiva su emisión, debe consultar el número de días autorizados al trabajador o trabajadora con cargo al Seguro SANNA.

Para efectuar el cómputo de días del permiso SANNA, la COMPIN o el DCN, según corresponda, debe considerar las siguientes reglas:

- a) Recepcionada la licencia médica SANNA, el Informe Complementario SANNA y los demás antecedentes, se deben verificar los requisitos de acceso al Seguro, laborales y previsionales, según el tipo de trabajador o trabajadora que hace uso del Permiso (dependiente, independiente o temporalmente cesante).
- b) Verificado el cumplimiento de los requisitos de acceso e identificada la contingencia cubierta por el seguro, corresponde validar la completitud de la documentación que se requiere para cada caso.
- c) Con la totalidad de los antecedentes, éstos deben ser remitidos a la Contraloría Médica respectiva, la que debe efectuar la calificación a partir del diagnóstico y la contingencia consignados en la licencia médica SANNA.
- d) Efectuada la calificación, y previo a generar la propuesta de dictamen/resolución, se debe consultar si existen días disponibles, considerando el RUN del niño, niña o adolescente y el RUN del padre o madre beneficiario.
- e) Si la licencia médica SANNA fue emitida por un número de días superiores a los señalados en el artículo 14 de la Ley N°21.063, según sea de reposo total o parcial, debe ser reducida por el Departamento COMPIN Nacional, o la COMPIN competente, según corresponda, informando al trabajador o trabajadora, a su empleador(a) y a la entidad pagadora de subsidio respectiva, por vía electrónica.
- f) Si se emite una licencia médica y no existen días de permiso disponibles o ésta es otorgada habiendo el niño, niña o adolescente cumplido la edad legal que se establece, según la contingencia, la COMPIN o el DCN debe rechazarla por la causal "excede días por contingencia". En caso que se emita una licencia médica SANNA por un número de días superior al número de días que le resta al beneficiario(a) del total que le otorga la Ley N°21.063, ésta debe ser reducida y sólo se autorizará por los días que le resten de remanente.
- g) Para que los beneficiarios y beneficiarias de la Ley N°21.063 consulten el número de días usados con motivo del seguro, se ha establecido como canal de consulta la casilla electrónica licencias.sanna@minsal.cl.

6. FUERO LABORAL

El inciso décimo del artículo 14 de la Ley N°21.063 dispone que las personas beneficiarias del permiso otorgado con motivo de las contingencias: cáncer, trasplante de órgano sólido y de progenitores hematopoyéticos, fase o estado terminal de la vida y accidente grave con riesgo de muerte o de secuela funcional grave y permanente, cuando dicho permiso se destine al

acompañamiento de un niño, niña o adolescente en tratamiento activo (certificado por el médico tratante) gozarán de un fuero laboral durante el permiso y ciento ochenta días después de expirada la última licencia emitida para dicho tratamiento, aplicándose lo dispuesto en el artículo 174 del Código del Trabajo.

En el caso de trabajadores y trabajadoras sujetos a este fuero laboral, el empleador no podrá poner término al contrato sino con autorización previa del juez competente, quien, en todo caso, podrá concederlo tratándose de las causales de los números 4 y 5 del artículo 159 y en las del artículo 160 del Código del Trabajo.

Una vez que concluya el tratamiento activo, respecto de las licencias médicas otorgadas como consecuencia de controles de seguimiento del niño, niña o adolescente y por la contingencia "enfermedad grave que requiera hospitalización en una unidad de cuidados intensivos o de tratamientos intermedios", se aplicará lo dispuesto en el inciso tercero del artículo 161 del Código del Trabajo.

En el caso de los trabajadores contratados por obra o faena determinada o bien por un plazo fijo, el fuero terminará de pleno derecho concluida la obra o faena para la que fue contratado o bien una vez concluido el plazo del contrato, respectivamente.

Para los efectos del fuero a que se refiere el artículo 14 de la Ley N°21.063, se entiende por "enfermedad activa" la condición médica en la que una enfermedad o patología está en curso y presenta síntomas clínicos evidentes. De esta manera, una enfermedad activa es aquella que está actualmente afectando al paciente y que muestra signos y síntomas característicos de la enfermedad en un determinado momento. Ello implica que el proceso patológico que causa la enfermedad está en marcha y afecta la salud del niño, niña o adolescente.

Ahora bien, para el correcto ejercicio del derecho consagrado en el inciso décimo del artículo 14 de la Ley SANNA, el "tratamiento activo" corresponderá a las medidas terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas, que están siendo aplicadas a los niños, niñas y adolescentes, con fines curativos o paliativos, bajo prescripción y supervisión médica, ya sea en modalidad cerrada (hospitalizados) o ambulatoria.

A su turno, se entiende por "seguimiento de la enfermedad" al monitoreo continuo de la condición de un paciente a lo largo del tiempo, ya sea para evaluar la progresión de la enfermedad, la respuesta al tratamiento o simplemente para asegurar que la enfermedad se mantenga bajo control. En este caso, no hay existencia de síntomas clínicos evidentes o, en caso de existir, éstos se encuentran controlados.

7. REGLAS PARA EL USO DEL PERMISO ENTRE LOS PROGENITORES

A) REGLAS GENERALES

- a) Si ambos progenitores son trabajadores con derecho al seguro podrán hacer uso del permiso conjunta o separadamente, según ellos lo determinen.
- b) Los permisos correspondientes a cualquiera de las contingencias reguladas por la Ley N°21.063, podrán usarse por media jornada en aquellos casos en que el médico tratante prescriba que la atención, el acompañamiento o el cuidado personal del hijo o hija pueda efectuarse bajo esta modalidad. Para efectos de calcular la duración del permiso, se entiende que las licencias médicas otorgadas por media jornada equivalen a medio día.

Las licencias médicas por media jornada en los casos de cáncer, trasplante y fase o estado terminal de la vida podrán tener una duración de hasta sesenta días cada una de ellas. En el caso de enfermedad grave que requiera hospitalización en UCI o UTI, las licencias otorgadas por media jornada tienen una duración máxima de hasta treinta días. Finalmente, en el caso de accidente grave, atendido que la duración máxima del permiso es de cuarenta y cinco días, las licencias médicas otorgadas por media jornada podrán tener una duración de hasta sesenta y treinta días, respectivamente.

B) REGLAS ESPECIALES

- a) Cuando ambos progenitores sean trabajadores con derecho a las prestaciones del seguro, cualquiera de ellos podrá traspasar al otro la totalidad del permiso que le corresponde, respecto de los casos establecidos en las letras a), b) y e) del artículo 7º, esto es, cáncer, trasplante y enfermedad grave. Para el caso de accidente grave, sólo se podrá traspasar hasta dos tercios del período total del permiso.
- b) En los casos en que los progenitores sean trabajadores con derecho a las prestaciones del seguro y uno de ellos tenga el cuidado personal del hijo o hija otorgado por resolución judicial, este último tiene derecho a la totalidad del período de permiso que corresponde a ambos. Sin perjuicio de lo anterior, el progenitor o progenitora que tenga el cuidado personal del hijo o hija podrá igualmente traspasar hasta el total del período máximo que le corresponde, al otro parento o madre.
- c) En caso de fallecimiento de uno de los progenitores, quien sobreviva tiene derecho a usar la totalidad de los días de permiso que le hubiera correspondido al difunto. Si el progenitor o progenitora fallecido hubiere hecho uso parcial de los días de permiso, el solicitante tiene derecho al remanente de días que no hayan sido utilizados.
- d) En caso de ausencia de uno de los progenitores, el otro progenitor podrá hacer uso de los días de permiso que le hubiera correspondido a la otra persona progenitora. Para efectos de la Ley N°21.063 se entiende por ausencia la

situación en la que el niño, niña o adolescente carece de cuidado y protección por parte de uno de sus progenitores como consecuencia del abandono del hogar en los términos del artículo 4 del Decreto Supremo N°14, de 2024, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, o no se encuentra determinada la filiación respecto de una persona progenitora, o uno de sus progenitores se encuentra condenado por delitos de violencia intrafamiliar conforme a lo dispuesto en el artículo 7º del aludido Decreto Supremo N°14.

- e) Los progenitores condenados por delitos de violencia intrafamiliar conforme a lo dispuesto en la Ley N°20.066, y cuando la víctima tenga la calidad de cónyuge o una relación de convivencia respecto del autor o autora; o la conducta afecte al padre o madre de un hijo o hija en común o directamente a estos últimos, o una persona sujeta a su cuidado personal, se entienden ausentes por el solo ministerio de la ley y no podrán hacer uso de los días de permiso, los que, en su caso, podrán ser usados por el otro progenitor o tercero habilitado para el ejercicio de este derecho.
- f) Sólo el tercero, distinto al progenitor o progenitora, que por resolución judicial tenga el cuidado personal del niño, niña o adolescente, tiene derecho a usar los días que conforme a la ley le corresponden. Además, si tiene el cuidado personal exclusivo tiene derecho a los días que hubieran correspondido a uno de los progenitores que, cumpliendo con los requisitos habilitantes, fallece o se encuentra ausente.

8. ANEXOS



Anexo N°1: Contabilización de días: contingencia cáncer



Anexo N°2: Contabilización de días: contingencia trasplante de órgano sólido y de progenitores hematopoyéticos



Anexo N°3: Contabilización de días: contingencia fase o estado terminal de la vida



Anexo N°4: Contabilización de días: contingencia accidente grave con riesgo de muerte o de secuela funcional grave y permanente



Anexo N°5: Contabilización de días: contingencia enfermedad grave que requiera hospitalización en una unidad de cuidados intensivos o de tratamientos intermedios

TÍTULO II. ACCESO Y ACREDITACIÓN DE LAS CONTINGENCIAS CUBIERTAS POR EL SEGURO

1. CONTINGENCIA: CÁNCER

Conforme a lo señalado en el artículo 8º de la ley N°21.063, en caso de cáncer, las condiciones de acceso y acreditación son las siguientes:

- La condición de salud del niño, niña o adolescente, debe formar parte de las patologías consideradas dentro de las Garantías Explícitas en Salud establecidas en la Ley N°19.966 y sus reglamentos, en sus etapas de sospecha, confirmación diagnóstica, tratamiento, seguimiento y recidiva.
- El médico tratante debe extender una licencia médica y un informe complementario.

El médico tratante debe consignar en el informe complementario, en la letra A de Sección IC.2 la patología de cáncer que padece el o la causante, la que necesariamente debe formar parte de las enfermedades consideradas dentro de las Garantías Explícitas en Salud (GES) establecidas en la Ley N°19.966 y sus reglamentos.

- Si se trata de niños y niñas mayores de un año y menores de 15 años, el médico debe certificar que el cáncer se encuentra en alguna de las siguientes etapas: sospecha, confirmación diagnóstica, tratamiento, seguimiento y recidiva.

La exigencia de formar parte del GES no rige para niños y niñas mayores de 15 y menores de 18 años de edad, diagnosticados con algún cáncer que no forme parte de dichas Garantías. Si la COMPIN recibiere una licencia sin antecedentes suficientes que acrediten el diagnóstico, debe solicitar que éstos se complementen para emitir un pronunciamiento debidamente fundado.

2. CONTINGENCIA: TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO Y DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS

Las condiciones de acceso y acreditación de esta contingencia son las siguientes:

- En los casos de trasplante de órgano sólido y trasplante de progenitores hematopoyéticos se debe contar con una licencia médica extendida por el médico tratante del niño, niña o adolescente al trabajador o trabajadora, además de un informe complementario.
- En el caso de trasplante de órgano sólido, en el informe complementario el médico tratante debe certificar la realización efectiva del trasplante de órgano sólido de acuerdo a lo establecido en la Ley N°19.451, indicando su fecha.
- En los casos en que no se haya efectuado el trasplante, el causante debe encontrarse inscrito en el registro nacional de potenciales receptores de órganos, a cargo del Instituto de Salud Pública de Chile, priorizado como urgencia médica, debiendo acompañar un certificado emitido por la Coordinadora Nacional de Trasplante, que acredite la circunstancia antes descrita.

Si el causante no se encuentra inscrito en el Registro antes señalado, se entiende que cumple con esta exigencia si acompaña certificación médica que acredite que se están realizando los exámenes de compatibilidad y otros que resulten necesarios para realizar el trasplante de órgano sólido de donante vivo.

Lo anterior debe consignarse en la letra B de la Sección IC.2 del informe aludido previamente.

- En el caso de trasplante de progenitores hematopoyéticos, en el informe complementario, el médico tratante debe certificar la realización efectiva del trasplante de progenitores hematopoyéticos, indicando su fecha.

En los casos en que el trasplante de progenitores hematopoyéticos ocurra respecto de un niño, niña o adolescente que anteriormente dio derecho al uso del permiso por la contingencia cáncer, se pondrá término a éste, aunque aún no se haya agotado el período máximo y comenzará el beneficio por la contingencia trasplante.

En los casos en que este trasplante se deba realizar sin que previamente exista derecho a permiso por patología cáncer, se podrá solicitar el derecho desde que el niño, niña o adolescente se encuentra en preparación para realizar el trasplante, por cuanto dichas medidas se entienden que forman parte del mismo.

Si en esta situación también se requiere que el padre, madre o tercero donante vivo se someta a procedimientos que le impidan trabajar, podrá hacer uso de licencia médica de origen común en forma previa al inicio del permiso SANNA.

3. CONTINGENCIA: FASE O ESTADO TERMINAL DE LA VIDA

La condición de salud a que se refiere este numeral debe certificarla el médico tratante del menor con la emisión de la licencia médica y su respectivo informe complementario. En este último el profesional debe certificar que no existe recuperación de la salud del niño, niña o adolescente y que el término de su condición de salud se encuentra determinado por la muerte inminente, consignando dicha situación en la letra C de la Sección IC.2 del informe complementario SANNA.

Si la licencia médica se emite por tratamientos destinados al alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado, el profesional médico debe, además, indicar la patología que padece el niño, niña o adolescente, (tipo de cáncer), la que, conforme lo señala la Ley, debe estar prevista dentro de las Garantías Explícitas de Salud, de la Ley N°19.966.

El médico tratante debe además informar sobre otros aspectos relacionados con el estado de salud del niño, niña o adolescente, tales como:

- Identificación del menor, detallando nombre completo y RUN.
- Patología que origina la condición de salud del menor, detallando la fecha del diagnóstico.
- Fundamento médico que avale el estado o fase terminal de la vida del niño, niña o adolescente.
- Tratamientos realizados, detallando la fecha de inicio y término de ellos.
- Tratamientos pendientes, detallando fecha probable de realización.
- Fecha en que se declara el estado o fase terminal de la vida.
- Identificación del médico tratante y el director médico, (nombre completo, RUN y correo electrónico).

Lo anterior debe ser ratificado por el director del área médica del prestador institucional de salud respectivo o quien cumpla esa función. En ausencia del director del área médica, o en aquellos casos en que no exista un subrogante designado en dicha calidad, corresponderá que la condición de salud del niño, niña o adolescente sea ratificada por el funcionario o el profesional que le siga en jerarquía.

Si transcurridos noventa días contados desde el primer día de reposo prescrito por la primera licencia médica, no se ha producido el deceso del niño, niña o adolescente, el profesional tratante podrá otorgar un nuevo período de reposo, y así sucesivamente, hasta el fallecimiento. Para dicho efecto, el referido profesional debe emitir un informe adicional, debidamente fundado, donde se señalen los motivos que justifican su decisión. Esta situación debe ser igualmente ratificada por el director del área médica del prestador institucional de salud.

CASO ESPECIAL: TRATAMIENTOS DESTINADOS AL ALIVIO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

En los casos de tratamientos destinados al alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado, el médico tratante debe indicar en el informe complementario SANNA que se trata de una condición de salud que forma parte de las patologías consideradas dentro de las Garantías Explícitas en Salud, lo que no se requerirá para la patología cáncer proveniente de causantes mayores de 15 y menores de 18 años, que no formen parte de GES.

4. CONTINGENCIA: ACCIDENTE GRAVE CON RIESGO DE MUERTE O DE SECUELA FUNCIONAL GRAVE Y PERMANENTE

Para los efectos del seguro SANNA se entiende por accidente todo acontecimiento fortuito, independiente de la voluntad humana, que tiene como consecuencia lesiones en niños y niñas mayores de un año y menores de quince años. Dichas lesiones deben generar un cuadro clínico severo, con riesgo de muerte o de secuela funcional grave y permanente.

Pueden ser considerados como accidentes, los traumatismos provocados por accidentes de tránsito, asfixias por inmersión, intoxicaciones, quemaduras graves, caídas de altura, uso de armas de fuego u otros.

Ahora bien, para que un accidente sea considerado grave, el niño, niña o adolescente a consecuencia de éste, debe haber ingresado a una unidad de paciente crítico pediátrico o que cumpla funciones similares de atención, debiendo el respectivo centro hospitalario certificar la condición de gravedad en la hoja de ingreso a dicha unidad o en otro documento equivalente, el que se debe adjuntar al formulario de licencia médica al momento de iniciar su tramitación. Si las licencias médicas son continuas, bastará que el aludido documento se acompañe a la primera de las licencias médicas SANNA.

El médico tratante debe emitir una licencia médica y un informe complementario. En este último se debe consignar la condición de salud del niño, niña o adolescente en la letra D de la Sección IC.2.

En dicho informe complementario el profesional tratante debe consignar que el niño, niña o adolescente se encuentra afectado por un cuadro clínico severo derivado de un accidente grave, y que dicho cuadro implica riesgo vital o de secuela funcional severa y permanente que requiera rehabilitación intensiva para su recuperación. Para estos efectos, se considerará como una secuela funcional severa y permanente la pérdida definitiva de la función de un órgano o extremidad afectada. Por su parte, la rehabilitación intensiva considera un programa integral e individualizado, a cargo de un equipo multidisciplinario y que requiere de hospitalización o de asistencia diaria del niño, niña o adolescente a un centro especializado diurno, y cuyo objetivo es conseguir el máximo potencial de recuperación en la rehabilitación.

El médico tratante debe además informar sobre otros aspectos relacionados con el estado de salud del niño, niña o adolescente, tales como:

- Fecha del accidente;
- Breve relación de las circunstancias en que se produjo el accidente;
- Breve historia con fundamentos clínicos y/o de laboratorio y/o de imagenología, indicando las circunstancias en que se produjo el accidente;
- Evolución, tratamientos médicos y/o quirúrgicos efectuados y los resultados obtenidos y
- Conclusión u otro comentario.

A lo anterior, se debe adjuntar un documento o certificado que acredite que el niño, niña o adolescente se encuentra hospitalizado o sujeto a un proceso de rehabilitación funcional intensiva o de cuidados especializados en el domicilio.

La cobertura a que da lugar esta contingencia sólo podrá otorgarse a partir del día décimo primero de ocurrido el accidente, por cuanto hasta el día décimo debe utilizarse el derecho establecido en el inciso primero del artículo 199 bis del Código del Trabajo, con cargo a feriados, días administrativos u otras formas allí señaladas. Dado lo anterior, el médico tratante debe evaluar la condición del niño, niña o adolescente al emitir la segunda y siguientes licencias médicas, toda vez que las condiciones de salud del niño, niña o adolescente pudieron haber variado.

5. CONTINGENCIA: ENFERMEDAD GRAVE QUE REQUIERA HOSPITALIZACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) O DE TRATAMIENTOS INTERMEDIOS (UTI)

Para los efectos de la Ley N°21.063, para que una enfermedad sea considerada grave, el niño, niña o adolescente debe haber ingresado a una unidad de cuidados intensivos o de tratamientos intermedios debiendo la respectiva unidad emitir un documento certificado que acredite que el niño, niña o adolescente se encuentra hospitalizado, o que tras ello, está sujeto a un proceso de rehabilitación o a tratamientos en el domicilio, el que se debe adjuntar al formulario de licencia médica y al informe complementario, al momento de iniciar su tramitación.

Para hacer uso del seguro SANNA, el profesional médico debe emitir una licencia médica y su respectivo informe complementario. En este último debe certificar la condición de salud y consignarla en la sección IC.2 del citado informe,

indicando el diagnóstico y la evolución de la enfermedad grave, registrando la fecha de ingreso a la unidad de hospitalización e identificando la unidad respectiva.

Tratándose de aquellos centros hospitalarios que no cuenten con camas disponibles en una Unidad de Paciente Crítico Pediátrico ya sea Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o Unidad de Tratamientos Intermedios (UTI), por el aumento en la demanda asistencial, podrán ser consideradas como tales aquellas que cuenten con camas que hayan sido reconvertidas y dispongan de los cuidados de dichas unidades como son: soportes vitales como ventilación mecánica invasiva y no invasiva, de estabilización hemodinámica, de monitoreo continuo y de cuidados avanzados, según el caso.

Además de la licencia médica y del informe complementario SANNA, se debe acompañar un informe o declaración escrita del médico tratante. En este informe el profesional tratante debe consignar que el niño, niña o adolescente se encuentra afectado por una enfermedad grave y que dicho cuadro requiere de hospitalización, en una unidad de cuidados intensivos o de tratamientos intermedios, o que, tras ello, está sujeto a un proceso de rehabilitación o a tratamientos en el domicilio.

TÍTULO III. LICENCIA MÉDICA SANNA

1. ANTECEDENTES GENERALES

La condición grave de salud que afecte al niño, niña o adolescente cubierta por el SANNA, así como el período necesario para su acompañamiento, deben certificarse necesariamente por un médico habilitado para emitir licencias médicas.

La licencia médica SANNA es un acto médico administrativo en el que intervienen el trabajador, el profesional que certifica, la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez competente, el empleador y la entidad pagadora del subsidio derivado de la respectiva licencia médica SANNA, y se materializa en un formulario especial, electrónico, que registra todas las certificaciones, resoluciones y autorizaciones que procedan y cuyo contenido es determinado por el Ministerio de Salud, existiendo además para las partes no adscritas al sistema LME SANNA, el formulario papel descargable.

Para la tramitación de una Licencia Médica Electrónica SANNA (LME SANNA) deben existir convenios de prestación de servicios informáticos entre el operador del sistema de información para el otorgamiento y tramitación de LME SANNA y aquellas personas y entidades que intervienen en la emisión, tramitación y pronunciamiento de éstas, ya sean profesionales habilitados para otorgar licencias médicas, prestadores y Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez.

Las COMPIN o el Departamento de Coordinación Nacional de COMPIN (DCN), a través de la Subsecretaría de Salud Pública, deben suscribir convenios con todos y cada uno de los operadores del Sistema de Información de Licencias Médicas Electrónicas, con el objeto de asegurar la recepción de las Licencias Médicas Electrónicas SANNA emitidas a los trabajadores y trabajadoras.

El Sistema de Información, el monitoreo del Sistema y los convenios, se rigen por las mismas normas sobre licencia médica electrónica, y por el documento técnico denominado "Requisitos Tecnológicos de la Licencia Médica SANNA", que se encuentra disponible en el siguiente link <https://www.suseso.cl/606/w3-propertyvalue-10313.html>.

Además de la licencia médica, el médico debe emitir un informe complementario SANNA, que se encuentra disponible en la sección "Formularios", contenida en el siguiente sitio: <https://www.suseso.cl/606/w3-propertyvalue-137400.html>.

Este informe complementario sólo será requerido con la presentación de la primera licencia médica SANNA cuando se haga uso del permiso en forma continua. Cuando exista discontinuidad, se debe acompañar un nuevo informe complementario, con cada licencia médica presentada a tramitación.

Para que se verifique el otorgamiento y tramitación de una Licencia Médica Electrónica SANNA, es requisito indispensable que el profesional habilitado para otorgar este tipo de licencias reciba la prestación de los servicios informáticos de un Operador habilitado para estos efectos. Si no se cumple dicha condición, no podrá otorgarse la licencia médica, debiendo en consecuencia emitirse en formato papel.

El médico emisor, considerando la naturaleza y gravedad de la contingencia, podrá otorgar el permiso en la modalidad de jornada completa o parcial.

A) LICENCIA MÉDICA POR JORNADA COMPLETA

La licencia médica SANNA se otorgará por períodos de hasta treinta días, tratándose de las contingencias: cáncer, trasplante, fase o estado terminal y accidente grave, pudiendo ser prorrogada por períodos iguales, sea en forma continua o discontinua. En el caso de la contingencia enfermedad grave, la licencia médica SANNA será otorgada por hasta 15 días.

Con todo, la suma de los días correspondientes a cada licencia no podrá exceder de los plazos máximos establecidos para la duración del permiso según sea la contingencia cubierta.

B) LICENCIA MÉDICA POR MEDIA JORNADA

En los casos de cáncer, trasplante, fase o estado terminal de la vida y accidente grave, las licencias médicas otorgadas en jornada parcial podrán tener una duración de hasta sesenta días cada una.

En el caso de enfermedad grave que requiera hospitalización en una unidad de cuidados intensivos o de tratamientos intermedios, el formulario emitido por media jornada podrá otorgarse hasta por treinta días.

Para el cómputo de los días de permiso, según la patología de que se trate, los días otorgados en jornada parcial equivalen a medio día de permiso.

C) CONTROL DEL NÚMERO DE DÍAS

La licencia médica SANNA emitida por un número de días superiores a los señalados en las letras A) y B) inmediatamente anteriores, según sea de reposo total o parcial, debe ser reducida por el Departamento de Coordinación Nacional de COMPIN, o la COMPIN competente, según corresponda, informando al trabajador o trabajadora, a su empleador(a) y a la entidad pagadora de subsidio respectiva, por vía electrónica.

Cuando la licencia médica sea otorgada por un número de días superior al número de días que le resta al beneficiario(a) del total que le otorga la Ley N°21.063, o se exceda del día anterior al que el menor cumple los 5, 15 ó 18 años, según corresponda, deben ser rechazadas o reducidas, según sea el caso.

Ahora bien, para que los beneficiarios y beneficiarias de la Ley SANNA consulten el número de días usados con motivo del seguro, se ha establecido como canal de consulta la casilla electrónica licencias.sanna@minsal.cl.

2. REGLAS DE TRAMITACIÓN DE LA LME SANNA

A) EMISIÓN DE LA LME SANNA

- a) El profesional médico habilitado para otorgar licencias médicas debe acceder desde sus instalaciones al sistema de información a través del cual es posible otorgar el instrumento (con el operador de LME con el que exista Convenio de prestación de servicios informáticos).
- b) El médico debe acceder a la sección especialmente habilitada para SANNA.
- c) El profesional debe consignar el RUN del trabajador o trabajadora. El sistema de información provisto por el operador debe informar al profesional habilitado para otorgar licencias médicas si el empleador o trabajador independiente posee convenio de prestaciones de servicios informáticos vigente para tramitar electrónicamente una licencia médica, determinando si ésta es full o mixta.
- d) Se debe facilitar el poblamiento de la información en el formulario a través de servicios web disponibles para ello.
- e) El profesional otorgante debe seleccionar el tipo de contingencia y completar la sección que le corresponda, llenando los datos de la licencia que son de su responsabilidad (sección A de la LME SANNA), precisando que, a todo evento, debe completar el Informe Complementario (secciones IC.1 e IC.2). Asimismo, el profesional debe firmar y verificar la identidad del trabajador a través de un sistema de autenticación electrónico.
- f) En caso que el empleador o trabajador o trabajadora independiente se encuentre adscrito a la tramitación electrónica de la LME, el médico habilitado para otorgar las licencias médicas, a través del sistema informático, pondrá a su disposición la LME SANNA, para que éste continúe con su tramitación, electrónicamente, ante la COMPIN. De no estar adscrito, se procederá con el modelo de tramitación mixta, que implica la entrega de una copia impresa de la LME SANNA para seguir con la tramitación ante COMPIN. La tramitación mixta debe aplicarse también para el caso del trabajador o trabajadora temporalmente cesante.
- g) Una vez otorgada la LME SANNA por el médico habilitado, el sistema de información guardará registro de la misma en el repositorio respectivo. El profesional habilitado para otorgar licencias médicas electrónicas entregará al trabajador un comprobante, con su correspondiente folio, que certifica dicho otorgamiento.

El comprobante indicará, además, que, en caso de existir traspaso de días de permiso, el trabajador o trabajadora debe presentar a su empleador el respectivo formulario de traspaso.

Si el trabajador o trabajadora tiene más de un empleador, el médico habilitado debe otorgar tantas licencias, por igual período y diagnóstico, como empleadores tenga y sea necesario, de forma que el trabajador o trabajadora justifique con este instrumento el ausentismo laboral ante todos sus empleadores.

B) EMISIÓN DE LA LICENCIA EN CASO DE FUERO LABORAL

En este caso, para la emisión de la licencia médica SANNA debe identificarse la condición de "tratamiento activo" o "seguimiento", conforme a lo establecido en el inciso décimo del artículo 14 de la Ley N°21.063.

El procedimiento es el siguiente:

- a) En la Sección A.2. del formulario de licencia médica SANNA, el médico tratante debe consignar que ésta ha sido otorgada por tratamiento activo de la enfermedad del niño, niña o adolescente, debiendo marcar con un número "1". el cuadro respectivo, o bien que se trata de una licencia de seguimiento, caso en el cual debe registrar en el recuadro respectivo el número "2".

- b) Si el profesional tratante no consigna en la licencia médica que el niño, niña o adolescente se encuentra en tratamiento activo, se entiende que, para los efectos de lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley N°21.063, la patología se encuentra en etapa de seguimiento.

En relación con la tramitación de esta licencia médica, ella se efectuará conforme a las reglas generales de tramitación contenidas en este libro.

Tratándose de la COMPIN, dentro de su rol de contraloría médica, ésta podrá modificar la condición de tratamiento activo o seguimiento, inicialmente indicada por el profesional emisor de la licencia médica.

C) TRAMITACIÓN POR EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

- a) Una vez otorgada la licencia médica electrónica SANNA por el profesional habilitado, de inmediato ésta quedará a disposición del empleador o trabajador independiente adscrito a la tramitación electrónica en el sistema de información, quién debe acceder al mismo previa autenticación. En caso contrario, se aplicará el procedimiento de licencia mixta, que considera una tramitación en los mismos términos que el formulario papel.
- b) Se entiende que el plazo para la tramitación del empleador o trabajador independiente adscrito, se contará a partir del día hábil subsiguiente a la fecha en que la LME SANNA haya quedado a su disposición en la forma señalada precedentemente.
- c) El empleador o trabajador independiente debe proceder a tramitar la LME SANNA, completando la zona C-SANNA, y adjuntar los antecedentes que se solicitan, incluido el formulario de traspaso del permiso, en caso que corresponda.
- d) Si una vez que la licencia médica electrónica SANNA ha sido puesta a disposición del empleador, éste estima que existe alguna causal que lo exime de la obligación de tramitarla, estará obligado a registrar esta decisión en el sistema de información, debiendo señalar el motivo de su negativa.
- e) En caso que el empleador no tramite la licencia médica electrónica SANNA o no exprese su negativa a recibirla, para todos los efectos, en este caso, la puesta a disposición de la licencia médica a la COMPIN se verificará una vez que hayan transcurrido los plazos para que el empleador la trame, sin que éste haya realizado alguna de las gestiones señaladas.
- f) Una vez tramitada la LME SANNA, para el caso de una tramitación electrónica por parte del empleador, el sistema de información guardará registro de la misma en el repositorio respectivo.
- g) En caso que el empleador o trabajador independiente no se encuentre adscrito al sistema de tramitación de licencia médica electrónica, debe completar los datos requeridos en la copia impresa de la LME SANNA y presentarla ante la respectiva COMPIN, adjuntando los antecedentes requeridos para su tramitación, dentro de los tres días hábiles siguientes a la fecha de recepción de la licencia. A su vez, el trabajador independiente debe presentar la licencia dentro de los dos días hábiles siguientes a la fecha de su emisión.
- h) Recibida por el empleador la licencia médica SANNA y el informe complementario, debe entregar al trabajador o trabajadora el comprobante de tramitación SANNA, firmado, timbrado y fechado.
- i) Posteriormente, el empleador debe entregar en la COMPIN competente la licencia médica con todos los antecedentes, dentro del plazo de tres días hábiles, contados desde la recepción.

El empleador siempre debe remitir los antecedentes a la COMPIN competente, sin perjuicio que su trabajador o trabajadora se encuentre afiliado a una Institución de Salud Previsional (ISAPRE), ya que este beneficio no distingue entre afiliados a FONASA o ISAPRE.

Si el empleador se rehusare a tramitar la licencia médica, el trabajador o trabajadora debe realizar una declaración jurada ante la Dirección del Trabajo, documento que lo facultará para tramitar el respectivo formulario ante la COMPIN competente.

El Departamento de Coordinación Nacional de COMPIN o la COMPIN, según corresponda, debe ponderar la ocurrencia de un caso fortuito o fuerza mayor en aquellos casos en que el trabajador o la trabajadora presente a su empleador fuera de plazo el formulario de licencia médica SANNA y los demás antecedentes, cuando se encuentre acompañando a su niño, niña o adolescente en el tratamiento de la contingencia protegida fuera del lugar de domicilio del empleador. Además, debe considerar la realización de gestiones útiles, tales como el envío por carta certificada o empresa de transporte, de la licencia médica SANNA y de los demás antecedentes requeridos.

D) TRAMITACIÓN POR EL TRABAJADOR TEMPORAL CESANTE

Si la licencia médica electrónica SANNA es solicitada por un trabajador temporal cesante, éste debe informar dicha condición al médico emisor al momento de su otorgamiento. En este caso, el médico emisor entregará al trabajador temporal cesante una copia impresa de la LME SANNA, debiendo este último completar los datos requeridos en la zona C de dicha copia y presentarla ante la respectiva COMPIN, dentro de los dos días hábiles siguientes a la fecha de su emisión. En caso de atraso en la presentación de la licencia médica SANNA, el Departamento de Coordinación Nacional de COMPIN o la COMPIN, debe ponderar considerando la situación de salud del niño, niña o adolescente y los desplazamientos o cambio de ciudad para los tratamientos pertinentes. Es de exclusiva responsabilidad del trabajador o trabajadora independiente y del temporalmente cesante consignar con exactitud los datos y acompañar los

antecedentes requeridos.

3. PRONUNCIAMIENTO DE LA LME SANNA

3.1 ROL DE LA COMPIN

Una vez tramitada la licencia médica electrónica SANNA por parte del empleador, trabajador independiente o trabajador temporal cesante, según corresponda, o bien cuando haya transcurrido el plazo sin que el empleador haya cumplido con las obligaciones respectivas, los antecedentes quedarán inmediatamente a disposición de la COMPIN respectiva en el sistema de información, aunque el trabajador o trabajadora se encuentre afiliado a una ISAPRE. Son responsabilidad de la COMPIN las siguientes acciones:

- a) Correspondrá a la COMPIN pronunciarse sobre la zona B de la LME SANNA, resolviendo acerca de la justificación del otorgamiento de dicha licencia. La COMPIN debe pronunciarse sobre la licencia emitiendo la respectiva resolución en forma electrónica, la que debe remitirse al sistema de información, para los efectos de generar un registro consolidado íntegro de la licencia médica otorgada y tramitada electrónicamente.
- b) El plazo de que dispone la COMPIN para pronunciarse sobre la licencia médica electrónica SANNA, se contará a partir del día hábil subsiguiente de la fecha en que ésta quedó a su disposición en la forma señalada precedentemente.
- c) La tramitación de la licencia médica electrónica SANNA terminará una vez que se hayan completado los datos señalados, procediéndose luego a la etapa de liquidación y pago. Asimismo, cada pronunciamiento efectuado por la COMPIN se remitirá electrónicamente al Sistema de Información.
- d) Para la tramitación de la Licencia Médica Electrónica SANNA por la COMPIN en el caso de empleador o trabajador independiente no adscrito, se debe tener presente lo siguiente:
 - Una vez que el empleador o el trabajador independiente no adscrito, haya entregado la copia impresa de la LME SANNA a la COMPIN, ésta debe fechar y firmar el respectivo comprobante impreso certificando este hecho.
 - La COMPIN debe informar su recepción y consolidación, remitiendo al Sistema de Información los antecedentes contenidos en la copia impresa de la Licencia Médica Electrónica SANNA, para luego continuar con su tramitación en el Sistema de Información, de acuerdo con las instrucciones señaladas precedentemente.
- e) En casos de licencia médica en papel, la COMPIN, debe timbrar y entregar al empleador, trabajador independiente o temporalmente cesante un documento que dé cuenta de su recepción.
- f) En aquellos casos de licencias médicas en papel, recepcionadas por error por las Cajas de Compensación de Asignación Familiar o las Instituciones de Salud Previsional, dichas instituciones deben remitirlas, a más tardar dentro del segundo día hábil siguiente, a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez competente, estampando en la licencia médica un timbre con la fecha de presentación, para que sea considerada posteriormente como gestión útil para el cumplimiento del plazo, devolviéndola de inmediato al empleador o trabajador independiente o cesante, según corresponda, para que la trámite ante la COMPIN competente. En estos casos, el plazo para que se pronuncie sobre la licencia médica la COMPIN, o el Departamento de Coordinación Nacional de COMPIN, según proceda, se contará desde que ella reciba todos los antecedentes necesarios.

3.2 CONTROL DE DÍAS DE PERMISO

A) REGISTRO DE DÍAS DE PERMISO

Para efectos de llevar un correcto cómputo de los días de permiso que corresponde a los beneficiarios o beneficiarias del Seguro SANNA, las COMPIN y el Departamento COMPIN Nacional (DCN), podrán disponer de un modelo de control de días, que se traduzca en un registro de días usados por progenitor o progenitora, según contingencia.

Dicho registro permitirá efectuar el cálculo de días disponibles de acuerdo con los días previos utilizados por cada trabajador o trabajadora y debe considerar distintas variables, como, por ejemplo: el RUN del niño o niña, el RUN del progenitor o progenitora que hará uso de los días, la contingencia cubierta, la fecha de inicio y el número de días de la licencia médica SANNA, la jornada en que se hará uso de los días (total o parcial), si son días propios o se trata de un traspaso de días, entre otras.

El registro de días debe contener como mínimo la siguiente información: número de días utilizados por cada trabajador o trabajadora, según contingencia; si el uso de los días corresponde al primer o segundo año, cuando la contingencia cubierta es cáncer; la existencia o no de un traspaso de días y si los días usados corresponden al aumento excepcional de días a que se refiere el inciso octavo del artículo 14 de la Ley N°21.063.

Adicional al uso del registro de días, y previo a emitir el pronunciamiento de la licencia médica SANNA, la COMPIN o el

DCN, en su caso, debe revisar otros aspectos relevantes que aseguren el correcto otorgamiento de los días de permiso. En efecto, la COMPIN o el DCN, debe revisar la Sección C.4 de la licencia médica SANNA, que es de exclusiva responsabilidad del empleador. En dicha Sección se deben registrar las licencias médicas de que haya hecho uso el beneficiario o beneficiaria, dentro de los últimos 3, 5 ó 12 meses anteriores a la licencia médica SANNA, según si se trata de un trabajador dependiente, independiente o temporal cesante, respectivamente. Además, en dicha Sección se debe consignar si el beneficiario o beneficiaria se encuentra haciendo uso de algún otro permiso.

Al respecto, cabe señalar que el artículo 19 de la Ley N°21.063, preceptúa que las prestaciones del Seguro son incompatibles con el pago del subsidio por incapacidad de origen común o laboral, del subsidio por descanso maternal, incluido el tiempo de descanso postnatal parental o por el permiso por enfermedad grave del niño menor de un año, y se suspenderán por estas causas. Asimismo, serán incompatibles con el uso de feriado legal o permiso con goce de remuneración, en su caso.

Solamente se podrá hacer uso del Seguro SANNA una vez finalizados los permisos o descansos indicados en el párrafo anterior.

A mayor abundamiento y en materia de incompatibilidades, el artículo 27 del Decreto N°69, de 2019, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social dispone que encontrándose vigente el permiso por una contingencia protegida por el Seguro, y en caso que un mismo causante esté afectado por dos o más contingencias que puedan ser protegidas, o exista otro causante con derecho al beneficio de este seguro, el beneficiario no podrá hacerlas efectivas en forma simultánea, debiendo hacer uso del permiso por la contingencia sobreviniente o simultánea una vez cumplido el período máximo de duración del permiso de la contingencia informada y autorizada inicialmente, siempre que ella esté acreditada médicaamente.

Mientras dure cada licencia médica, las prestaciones del Seguro, sea el permiso y/o el pago del subsidio, sólo podrán percibirse en razón de un único causante, o de una sola contingencia respecto del mismo causante. No obstante, la contingencia sufrida por otro causante del beneficio, o una nueva contingencia de este seguro sufrida por el mismo causante, sólo podrá ser invocada una vez finalizado el período de permiso que corresponda a la contingencia por la que se esté haciendo uso del seguro, salvo el caso que se utilice en modalidad de media jornada, como se señaló previamente.

Otro aspecto a considerar por parte de la COMPIN o el DCN, dice relación con las contingencias de las letras d) y e) del artículo 7º de la Ley N°21.063. En ambos casos, los días de permiso otorgados (cuarenta y cinco y quince, respectivamente) se otorgan en relación al evento que lo generó, por cada hijo o hija afectado por esa condición grave de salud, contados desde el inicio de la primera licencia médica. Esto significa, que se generarán los días de permiso cada vez que el niño o niña ha sufrido un accidente grave o se ha visto afectado por una enfermedad grave, en los términos establecidos en la Ley N°21.063.

Finalmente, y en materia de recaídas, resulta necesario precisar que en aquellos casos en que el niño o niña hubiere terminado el tratamiento asociado a la contingencia cubierta por el SANNA, o se encontrare en fase de mantención, y la referida contingencia reapareciera, dicho cuadro debe considerarse como una recaída, configurándose un nuevo evento para efectos del otorgamiento del beneficio establecido en la Ley N°21.063, aun cuando el diagnóstico consignado en la respectiva licencia médica SANNA corresponda al mismo por el cual se otorgaron las licencias precedentes.

De esta manera, en los casos en que se configure una situación de recaída, la cobertura del SANNA se reiniciará, como si se tratara de un primer evento o diagnóstico, debiendo otorgarse la totalidad de los días de permiso contemplados en el artículo 15 de la Ley N°21.063.

B) PROCEDIMIENTO PARA EL CÓMPUTO DE DÍAS

Cuando la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN) o el Departamento COMPIN Nacional, en su caso, recepcione una licencia médica SANNA además de verificar los requisitos de elegibilidad a que se refieren los artículos 5º y 6º de la Ley N°21.063 y validar que se han acompañado la totalidad de antecedentes según la contingencia que motiva su emisión, debe consultar el número de días autorizados al trabajador o trabajadora con cargo al Seguro SANNA.

Para efectuar el cómputo de días del permiso SANNA, la COMPIN o el DCN, según corresponda, debe considerar las siguientes reglas:

- a) Recepcionada la licencia médica SANNA, el Informe Complementario SANNA y los demás antecedentes, se debe verificar los requisitos de acceso al Seguro, laborales y previsionales, según el tipo de trabajador o trabajadora que hace uso del Permiso (dependiente, independiente o temporalmente cesante).
- b) Verificado el cumplimiento de los requisitos de acceso e identificada la contingencia cubierta por el Seguro, corresponde validar la completitud de la documentación que se requiere para cada caso.
- c) Con la totalidad de los antecedentes, éstos deben ser remitidos a la Contraloría Médica respectiva, la que debe efectuar la calificación a partir del diagnóstico y la contingencia consignados en la licencia médica SANNA.

- d) Efectuada la calificación, y previo a generar la propuesta de dictamen/resolución, se debe consultar si existen días disponibles, considerando el RUN del niño o niña y el RUN del padre o madre beneficiario.
- e) Si la licencia médica SANNA fue emitida por un número de días superiores a los señalados en el artículo 14 de la Ley N°21.063, según sea de reposo total o parcial, debe ser reducida por el Departamento COMPIN Nacional, o la COMPIN competente, según corresponda, informando al trabajador o trabajadora, a su empleador(a) y a la entidad pagadora de subsidio respectiva, por vía electrónica.
- f) Si se emite una licencia médica y no existen días de permiso disponibles o ésta es otorgada habiendo el niño o niña cumplido la edad legal que se establece, según la contingencia, la COMPIN o el DCN debe rechazarla por la causal "excede días por contingencia". En caso que se emita una licencia médica SANNA por un número de días superior al número de días que le resta al beneficiario(a) del total que le otorga la Ley N°21.063, ésta debe ser reducida y sólo se autorizará por los días que le resten de remanente.
- g) Para que los beneficiarios y beneficiarias de la Ley SANNA consulten el número de días usados con motivo del Seguro, se ha establecido como canal de consulta la casilla electrónica licencias.sanna@minsal.cl.

3.3 AUTORIZACIÓN DE LA LICENCIA MÉDICA SANNA

Una vez verificado el cumplimiento de los requisitos jurídicos, médicos y administrativos señalados en los artículos 5 y 6 de la Ley N°21.063 y el número de días de permiso que le quedan por solicitar al beneficiario(a), el Departamento de Coordinación Nacional de COMPIN o la COMPIN, según corresponda, procederá a calificar si la licencia médica SANNA se emitió por una de las contingencias protegidas por el seguro.

Efectuado el análisis indicado en el párrafo anterior, el Departamento de Coordinación Nacional de COMPIN o la COMPIN competente debe emitir una resolución autorizando, modificando o rechazando la licencia médica. La resolución que autoriza o modifica la licencia médica SANNA, con o sin derecho a subsidio, debe ser notificada electrónicamente al trabajador o trabajadora, a su empleador, a la entidad pagadora del subsidio y a esta Superintendencia. Por su parte la resolución que rechaza la licencia debe ser notificada en la misma forma al trabajador o trabajadora, al empleador y a esta Superintendencia.

La notificación instruida en el párrafo anterior debe efectuarse a esta Superintendencia, a la casilla electrónica pagosanna@suseso.cl.

Finalmente, cabe señalar que el Departamento de Coordinación Nacional de COMPIN debe remitir a esta Superintendencia la información de las licencias médicas autorizadas y las licencias médicas rechazadas de acuerdo a los campos, descripciones y formatos contenidos en el Anexo N°1 "Estructura de archivo con informe formularios de licencias SANNA autorizadas" y en el Anexo N°2 "Estructura de archivo con informe formularios de licencias SANNA rechazadas", ambos de este Título, a través de mecanismo que al efecto definan dichas instituciones.

3.4 RESOLUCIÓN DE LA LICENCIA

La COMPIN debe revisar el cumplimiento de los requisitos generales y específicos de acceso al SANNA, que dan derecho a las prestaciones del seguro, para lo cual la COMPIN debe dictar la correspondiente resolución de autorización, modificación o rechazo, debiendo efectuar la notificación al correo electrónico que para estos efectos señale el beneficiario en el informe complementario SANNA, o a falta de éste al domicilio registrado en la licencia médica. Asimismo, debe notificar en forma electrónica al empleador, a la entidad pagadora de subsidio respectiva y a esta Superintendencia.

La Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez dispondrá de un plazo de siete días hábiles, contado desde la fecha de recepción de la licencia médica con todos sus antecedentes, para pronunciarse sobre la procedencia del permiso. Este plazo será prorrogable por otros siete días hábiles, de lo que debe existir constancia. De no ser pronunciada la licencia médica por la COMPIN dentro de estos plazos, se entiende aprobada. Ahora bien, cuando a juicio de la COMPIN o del Departamento COMPIN Nacional, que está conociendo de la respectiva licencia, sea necesario solicitar informes o exámenes complementarios para pronunciarse sobre la misma, el plazo se prorrogará por el lapso necesario para el cumplimiento de esas diligencias, el que no podrá exceder de sesenta días, decisión que debe ser comunicada al trabajador y al empleador.

La resolución que dicte la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez debe contener el folio de la licencia médica SANNA, la identificación del trabajador o trabajadora, del causante y del profesional emisor, la fecha del dictamen, los datos del Organismo administrador del seguro de la Ley N°16.744, el tipo de reposo, el número de días autorizados, fecha de inicio y término de la licencia médica, la contingencia cubierta, el diagnóstico y los días previos, de acuerdo con lo indicado en el Anexo N°4 "Estructura de resolución de Departamento de Coordinación Nacional de COMPIN o COMPIN", de este Título.

En caso de ser rechazada o modificada la licencia médica SANNA, la COMPIN debe informar al trabajador o trabajadora que cuenta con un plazo de cinco días hábiles para interponer un recurso de reposición ante la misma, acompañando los antecedentes que correspondan.

En todo caso, cuando la COMPIN considere que los antecedentes tienen mérito para ello, puede modificar su resolución de oficio, lo que debe notificarse a todas las partes involucradas, incluida esta Superintendencia.

Si el Departamento de Coordinación Nacional de COMPIN, o la COMPIN en su caso, en las situaciones de trabajadores o trabajadoras dependientes, establece que se cumplen todos los requisitos para autorizar la licencia SANNA, salvo los que dicen relación con los requisitos de cotizaciones establecidos en la letra a) del artículo 5º de la Ley N°21.063, que se exigen para generar el subsidio por incapacidad laboral, debe autorizarla sin derecho a subsidio, con la finalidad que el trabajador o trabajadora dependiente justifique su ausencia al trabajo, aplicando lo dispuesto por el artículo 60 del D.S. N°3, de 1984, del Ministerio de Salud.

La resolución debe ser notificada al trabajador o trabajadora, a su empleador(a), a la entidad pagadora del subsidio respectiva y a esta Superintendencia por vía electrónica.

3.5 COMUNICACIÓN A LAS ENTIDADES PAGADORAS DE LA LEY N°21.063

El Departamento de Coordinación Nacional de COMPIN o la COMPIN respectiva, según corresponda, debe notificar electrónicamente a la entidad pagadora de subsidio del trabajador o trabajadora, la autorización del permiso para efectos del pago del subsidio respectivo. Para ello debe remitir diariamente una nómina que dé cuenta de las licencias médicas pronunciadas y autorizadas.

Lo anterior, debe ser informado por correo electrónico a las direcciones que para estos efectos le informen las entidades pagadoras de subsidio.

Tratándose del trabajador o trabajadora temporalmente cesante, la COMPIN o el Departamento de Coordinación Nacional de COMPIN, debe remitir los antecedentes a la entidad a la cual se encontraba adherido el último empleador del beneficiario(a).

No obstante que la licencia médica se autorice sin derecho a subsidio, por no cumplir con los requisitos habilitantes, igualmente se debe notificar en forma electrónica a la entidad que le hubiere correspondido pagar el beneficio, remitiendo solamente la copia de la resolución que la autoriza sin ningún antecedente.

3.6 FORMACIÓN DE EXPEDIENTE Y CUSTODIA DE DOCUMENTOS POR LA COMPIN

El Departamento de Coordinación Nacional de COMPIN o las COMPIN, según corresponda, debe habilitar un expediente electrónico con los antecedentes presentados por el trabajador o trabajadora, respecto de cada causante y contingencia cubierta, adjuntando la licencia médica que da origen al beneficio junto con los demás antecedentes.

La información y demás antecedentes necesarios para el cálculo y pago del subsidio deben ser remitidos a las Entidades Pagadoras del subsidio SANNA, según lo señalado por el empleador o empleadora o por el trabajador o trabajadora independiente o cesante en la zona C del formulario de licencia médica SANNA.

El Departamento de Coordinación Nacional de COMPIN o la COMPIN, según corresponda, debe digitalizar toda la documentación que enviará para el proceso de pago.

El Departamento de Coordinación Nacional de COMPIN o la COMPIN, según corresponda, debe contar con un sistema destinado a la custodia de todos los documentos que constituyan el respaldo legal, médico y administrativo de los permisos tramitados y será responsable de que el acceso a éstos sea expedito, con el objeto de responder a los requerimientos y fiscalizaciones de esta Superintendencia.

Atendido lo expuesto, los expedientes electrónicos a que se refiere este numeral, sólo pueden ser eliminados cuando hayan transcurrido cinco años, contados desde la fecha en que los correspondientes beneficios se hicieron exigibles. Lo anterior, de acuerdo al plazo de prescripción estipulado en los artículos 2.514 y 2.515 del Código Civil.

Sin perjuicio de lo antes mencionado, no se podrán eliminar los originales de los documentos que fueren objeto de reclamaciones de cualquier especie o de juicios ventilados ante los Tribunales de Justicia, en tanto no se resuelva definitivamente la reclamación o se haya puesto término al juicio y se encuentren terminadas las reclamaciones o ejecutoriada la sentencia o la resolución recaída en dichos litigios.

4. CAUSALES DE RECHAZO O MODIFICACIÓN DE LA LICENCIA MÉDICA

A) CAUSALES DE RECHAZO

Atendida la naturaleza de este beneficio, las causales de rechazo de la licencia médica SANNA son las siguientes:

- a) Patología no cubierta por el seguro.
- b) Contingencia no se encuentra vigente.
- c) Causante menor de un año de vida.
- d) Causante supera la edad límite de cobertura del seguro.

- e) Presentación fuera de plazo al empleador o Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, sin perjuicio de ponderar el atraso en la entrega de los antecedentes por razones de acompañamiento, traslado a centros de tratamiento, entre otros.
- f) No acreditación de la calidad de trabajador o trabajadora dependiente.
- g) No acreditación de la calidad de trabajador o trabajadora independiente.
- h) Cesante que no acredita que el último contrato fue a plazo fijo, por obra o faena determinada.
- i) Enmendadura de la licencia médica o formulario de solicitud del seguro.
- j) Realización de trabajo remunerado o no, durante el período de permiso.
- k) No utilizar el permiso para el acompañamiento del niño, niña o adolescente.
- l) No cumplir con los requisitos señalados en los artículos 5° y 6° de la Ley N°21.063, según corresponda. Lo anterior, sin perjuicio de que en el caso de los trabajadores dependientes que no cumplan requisitos de cotizaciones, la licencia se puede autorizar sin derecho a subsidio, para justificar la ausencia al trabajo.
- m) Incompatibilidad con el uso de licencia médica por salud común, laboral, permisos maternales, incluido el permiso postnatal parental, licencia médica SANNA por otro hijo, feriado legal o permiso con o sin goce de sueldo, según corresponda.
- n) El beneficiario o beneficiaria excede el número de días de uso de la licencia médica SANNA según contingencia.
- o) Otras causales que correspondan de acuerdo a la ley o reglamento.

B) CAUSALES DE MODIFICACIÓN

- a) Cuando le quedan al beneficiario o beneficiaria menos días de permiso que los que le entrega el médico tratante en la licencia médica.
- b) Cuando los días otorgados excedan del día anterior al cumplimiento de la edad de 5, 15 ó 18 años, según corresponda.
- c) Haberse otorgado por un número superior a 30 días de reposo por jornada completa, tratándose de las contingencias del artículo 7º letras a), b), c) y d) de la Ley N°21.063, o superior a sesenta días en reposo por jornada parcial.
- d) Haberse otorgado por un número superior a quince días, tratándose de la contingencia del artículo 7º, letra e) de la Ley N°21.063, sea reposo por jornada total o parcial.
- e) Haber sido emitida en razón de accidente grave con secuela funcional grave y permanente, antes del undécimo día de ocurrido el accidente. En este caso, la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez debe reducir esta licencia médica, autorizándola a contar del día siguiente.
- f) Haber sido emitida la licencia con anterioridad a la hospitalización, tratándose de enfermedad grave.

5. REPOSICIÓN ANTE LA COMPIN

Los reclamos en contra de las resoluciones pronunciadas sobre licencias médicas electrónicas SANNA, así como aquellos relacionados con el derecho, el monto de los subsidios por incapacidad laboral u otro aspecto normado, quedarán sujetos a las mismas normas legales y reglamentarias que resulten aplicables para las licencias médicas SANNA en formulario papel.

El recurso de reposición se debe presentar ante la COMPIN correspondiente al lugar en que presta servicios el trabajador o trabajadora dependiente, al domicilio del independiente o temporalmente cesante, según corresponda, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la notificación, la que debe ser resuelta por el mismo órgano que dictó el acto que se impugna, o por el Departamento COMPIN Nacional, en su caso. Si el recurso se presenta ante una COMPIN distinta a la que se pronunció, debe ser remitida por ésta a la COMPIN competente, dentro de los dos días hábiles siguientes a su recepción.

En el recurso de reposición se deben señalar las razones en que funda el recurso y acompañar los nuevos antecedentes en que basa su petición.

La COMPIN tiene un plazo para resolver no superior a treinta días hábiles, contados desde que recibió el recurso.

La resolución que resuelve el recurso de reposición debe comunicar a la persona que no esté de acuerdo con el pronunciamiento de la COMPIN, que tiene derecho a recurrir ante la Superintendencia de Seguridad Social, en el plazo de treinta días hábiles siguientes a la notificación del rechazo del recurso de reposición, para lo cual el trabajador o trabajadora debe solicitar copia de los antecedentes presentados y recurrir dentro del plazo indicado.

6. APELACIÓN ANTE LA SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL

A) EN CONTRA DE LA RESOLUCIÓN EMITIDA POR LA COMPIN

Conforme lo establece el artículo 43 de la Ley N°21.063, corresponderá a la Superintendencia de Seguridad Social resolver las apelaciones efectuadas en contra de las resoluciones emitidas por las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez. Para estos efectos, el trabajador o trabajadora podrá recurrir cuando estime que el rechazo o modificación de la licencia médica fue injustificado o cuando las prestaciones pecuniaras que recibe son menores a las que le corresponden.

El trabajador o trabajadora podrá reclamar ante esta Superintendencia por el rechazo o modificación de la licencia médica, en el plazo de treinta días hábiles siguientes a la notificación de la resolución del Departamento de Coordinación Nacional de COMPIN o de la COMPIN, según sea el caso, que rechazó o modificó el permiso.

El recurso de apelación debe fundarse en razones de índoles médicas, jurídicas o administrativas, y por el rechazo o la modificación de los días de permiso otorgados, debiendo acompañar los siguientes antecedentes:

- a) Copia del formulario de licencia médica SANNA.
- b) Copia de la resolución de la COMPIN que da cuenta del rechazo o modificación del permiso.

El reclamo debe presentarse, preferentemente, en forma electrónica o a través de cualquiera de los canales de atención de esta Superintendencia.

En relación a las situaciones de fallecimiento o ausencia de uno de los progenitores, el artículo 13 del Decreto Supremo N°14, de 2024, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, dispone que el trabajador o trabajadora podrá recurrir ante esta Superintendencia cuando la COMPIN o el Departamento de Coordinación Nacional de las COMPIN rechace o reduzca la licencia médica por haberse agotado parcial o totalmente los días de permiso del otro progenitor o progenitora.

En estos casos, al reclamo debe acompañarse la copia del formulario de licencia médica SANNA, la copia de la resolución de la COMPIN que da cuenta del rechazo o modificación de los días de permiso y cualquier otro antecedente relacionado a la situación de fallecimiento o ausencia, según corresponda. Repcionados los antecedentes y previo a resolver, esta Superintendencia podrá requerir informe a la COMPIN, al DCN, o a cualquier otra institución pública o privada.

Ahora bien, si el reclamo es interpuesto por el progenitor o progenitora respecto del cual se utilizaron los días de permiso como consecuencia de la condición de ausencia, éste debe acreditar ante esta Superintendencia que no se configura respecto de él o ella la causal invocada.

Para estos efectos, el interesado puede presentar cualquier antecedente que permita acreditar que el niño, niña o adolescente se encuentra bajo su cuidado y protección o, que la filiación del niño, niña o adolescente se encuentra determinada o, que no existen en su contra condenas por violencia intrafamiliar en los términos a que se refiere el artículo 7º del Decreto Supremo N°14, de 2024, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Con todo, acogido el reclamo, este Organismo instruirá a la COMPIN competente o al DCN, según el caso, a que otorgue los días de permiso a aquel de los progenitores a quien correspondía el uso de los días otorgados al amparo los incisos quinto y sexto del artículo 15 de la Ley N°21.063. Asimismo, en estos casos se debe informar lo resuelto a la respectiva entidad pagadora del subsidio, a fin de que requiera la restitución del beneficio pagado indebidamente al otro progenitor o progenitora.

Previo a resolver los reclamos, la Superintendencia de Seguridad Social podrá requerir informe a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, a las Mutualidades de Empleadores y al Instituto de Seguridad Laboral, según corresponda, organismos que deben emitirlos a más tardar dentro de los cinco días hábiles siguientes al requerimiento.

B) EN CONTRA DE LA ENTIDAD PAGADORA POR EL MONTO DEL SUBSIDIO PAGADO

El trabajador o trabajadora podrá reclamar ante esta Superintendencia por el rechazo del derecho al subsidio o por el monto del mismo dentro del plazo de treinta días hábiles contados desde la notificación del rechazo o de su pago efectivo. Asimismo, el trabajador o trabajadora podrá reclamar por la demora del pago del beneficio.

Los antecedentes que deben acompañarse a la apelación son: copia del Formulario de Licencia Médica SANNA, copia de la resolución de la COMPIN que da cuenta del rechazo o modificación del permiso y copia de la liquidación de pago del respectivo subsidio.

C) CONTROL DE LICENCIAS MÉDICAS

El uso, extensión y control de las licencias médicas SANNA se regirá por las normas vigentes sobre la materia, especialmente lo dispuesto en la Ley N°20.585, sobre otorgamiento y uso de licencias médicas.

7. ANEXOS



Anexo N°1: Estructura de archivo con informe formularios de licencias SANNA autorizadas



Anexo N°2: Estructura de archivo con informe formularios de licencias SANNA rechazadas



Anexo N°3: Tablas de dominio



Anexo N°4: Estructura de resolución de Departamento de Coordinación Nacional de COMPIN o COMPIN

TÍTULO IV. TRASPASO DEL PERMISO

1. PROCEDENCIA DEL TRASPASO ENTRE PROGENITORES

Para que opere el traspaso del permiso se requiere que ambos progenitores del niño, niña o adolescente causante del beneficio sean personas trabajadoras con derecho a las prestaciones del SANNA.

Cualquiera de los progenitores que sea titular del beneficio podrá traspasar al otro hasta el total del período máximo de permiso que le corresponda, salvo en caso de accidente grave con riesgo de muerte o de secuela funcional grave y permanente, en que sólo podrán traspasarse hasta 2/3 del permiso (hasta treinta días).

Por otra parte, no procede el traspaso de permiso tratándose de la contingencia estado o fase terminal de la vida.

El traspaso de los días de permiso sólo podrá hacerse efectivo una vez finalizado el período total de días de que es titular el trabajador o trabajadora a quien se le traspasa, según sea la contingencia cubierta.

2. PROCEDIMIENTO DE TRASPASO

- a) El padre o madre a quien se le traspase todo o parte del permiso que corresponda según la contingencia, debe presentar a su empleador el Formulario de aviso para traspaso del permiso SANNA, en que consten los días traspasados y todos los datos para individualizar a quien ceda el permiso y al o los empleadores de ambos. Esta comunicación de traspaso al empleador debe efectuarse a lo menos con cinco días hábiles de anticipación a la fecha de inicio del permiso traspasado.
- b) El empleador de la madre o padre a quien se traspasó el permiso, debe recibir esta comunicación, timbrarla y fecharla, entregando al trabajador o trabajadora el comprobante de recepción respectivo.
- c) El empleador del trabajador o trabajadora a quien se hizo el traspaso debe presentar el respectivo aviso ante la COMPIN, conjuntamente con la primera licencia médica con que se haga uso de los días de permiso traspasados, junto con los demás documentos requeridos.

En caso que la madre o padre a quien se traspasó el permiso, haga uso de dichos días en forma continua, bastará con la presentación del Formulario de aviso de traspaso con la tramitación de la primera licencia a que dio origen éste, no siendo exigible en las siguientes.

En cambio, cuando la madre o el padre a quien se traspasó el permiso haga uso de los días en forma discontinua, alternándolos con el otro parentesco, debe acompañar el Formulario de aviso para traspaso con cada licencia médica.

Tratándose de trabajadores independientes y del temporalmente cesante, el Formulario de aviso para traspaso del permiso debe ser presentado junto a la primera licencia médica tramitada para el uso de los días traspasados, directamente ante la COMPIN competente según su domicilio, quien la recibirá a trámite. La COMPIN debe timbrar y fechar el comprobante de recepción, que quedará en poder del beneficiario que la presente.

Una vez recepcionado el Formulario de aviso para traspaso y demás antecedentes, el Departamento de Coordinación Nacional de COMPIN o la COMPIN, según sea el caso, la remitirá a la entidad pagadora de subsidio del parentesco que hará uso de los días traspasados, junto con los antecedentes que den cuenta de la autorización de la licencia médica.

3. REGLAS ESPECIALES PARA EL TRASPASO DEL PERMISO

- a) En los casos en que los progenitores sean trabajadores con derecho a las prestaciones del seguro y uno de ellos tenga el cuidado personal del niño, niña o adolescente otorgado por resolución judicial, este último tiene derecho a la totalidad del período de permiso que corresponde a ambos progenitores.

Sin embargo, la ley permite que el parentesco que tenga el cuidado personal del hijo o hija pueda traspasar hasta el total del período máximo que le corresponde al otro parentesco.

- b) Cuando el cuidado personal del niño, niña o adolescente otorgado por resolución judicial lo tenga un tercero distinto del

padre o madre, y que cumpla con los requisitos habilitantes del seguro, sólo éste podrá hacer uso del permiso, en los mismos términos que habría correspondido al padre o la madre. Si ambos padres o solo uno de ellos tienen cobertura del seguro, el tercero podrá hacer uso de su propio período de permiso más uno del padre o de la madre. Si ninguno de los padres del menor tiene cobertura del seguro, el tercero sólo podrá hacer uso de su propio período de permiso. Tratándose del traspaso del permiso, es la propia ley la que le otorga al tercero el permiso del padre o la madre, por lo que no requiere de la voluntad de éstos, bastando que acredite que el cuidado personal del menor se le entregó por resolución judicial.

En todos estos casos, el tercero no podrá traspasar ningún día de permiso al padre o madre del menor, aunque cumplan con los requisitos para acceder al beneficio del SANNA.

4. TRASPASO EN CASO DE FALLECIMIENTO O AUSENCIA

Los incisos quinto y sexto del artículo 15 de la Ley N°21.063, establecen que en caso de fallecimiento de uno de los progenitores, quien sobreviva tiene derecho a usar la totalidad de los días de permiso que le hubiera correspondido al difunto.

Asimismo, una persona progenitora podrá hacer uso de los días de permiso que le hubiera correspondido a la otra persona progenitora, si esta última se encuentra ausente. A su turno, el citado precepto agrega que los progenitores condenados por delitos de violencia intrafamiliar conforme a lo dispuesto en la Ley N°20.066, y cuando la víctima tenga la calidad de cónyuge o una relación de convivencia respecto del autor o autora; o la conducta afecte al padre o madre de un hijo o hija en común o directamente a estos últimos, o una persona sujeta a su cuidado personal, se entienden ausentes por el solo ministerio de la ley y no podrán hacer uso de los días de permiso, los que, en su caso, podrán ser usados por el otro progenitor o tercero habilitado para el ejercicio de este derecho.

Para hacer uso de los días permiso en las situaciones previstas en los incisos quinto y sexto del artículo 15 de la Ley N°21.063, se deben considerar, según el caso, las siguientes reglas específicas:

A) USO DEL PERMISO EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL OTRO PROGENITOR

En caso de fallecimiento de uno de los progenitores, para que el otro progenitor o progenitora pueda hacer uso de los días que le hubiere correspondido al primero, el profesional médico, en la sección IC.1 del Informe complementario, denominada "Existencia de traspaso de días desde otro beneficiario", debe marcar 1, para dar cuenta del traspaso. Además, debe indicar el RUN de la persona que traspasa los días, esto es, del progenitor o progenitora fallecida.

Ahora bien, en el formulario de traspaso del permiso SANNA, será obligatorio que el trabajador o trabajadora solicitante, complete únicamente la información de los literales A.1 y A.3, de la Sección A, correspondientes al RUN del padre o madre fallecido y el número de días que se traspasan, respectivamente. En la Sección A.3, no se requerirá la información relativa al cuidado personal del niño, niña o adolescente, y en lugar de la firma de quien traspasa los días, debe indicarse la causal que se invoca para hacer uso de los días, en este caso, "fallecimiento".

Para acreditar la causal de fallecimiento, el trabajador o trabajadora debe presentar el certificado de defunción emitido por el Servicio del Registro Civil e Identificación, correspondiente al otro progenitor o progenitora. Dicho antecedente podrá ser entregado al empleador para que éste lo tramite conjuntamente con la licencia médica SANNA, o bien podrá ser remitido por el trabajador o trabajadora directamente a la COMPIN, a la casilla: licencias.sanna@minsal.cl, debiendo consignar en el asunto: "traspaso de días" y el "RUN del padre o madre que hará uso de los días traspasados".

B) USO DEL PERMISO EN CASO DE AUSENCIA

Para efectos del Seguro SANNA se entiende por ausencia la situación en la que el niño, niña o adolescente carece de cuidado y protección por parte de uno de sus progenitores como consecuencia del abandono del hogar, o no se encuentra determinada la filiación respecto de una persona progenitora, o uno de sus progenitores se encuentra condenado por delitos de violencia intrafamiliar.

Para hacer uso de los días de permiso que correspondan por ausencia del otro progenitor o progenitora, al igual que para el caso de la situación de fallecimiento de uno de los progenitores, en el Informe Complementario SANNA, en la sección IC.1, denominada "Existencia de traspaso de días desde otro beneficiario", el profesional médico debe consignar con "1", para informar que se trata de un traspaso y, además, debe indicar el RUN del progenitor o progenitora ausente, salvo cuando la ausencia provenga de una filiación no determinada, caso en el cual no será necesaria dicha información.

Ahora bien, el progenitor o progenitora solicitante de los días en caso de ausencia, debe efectuar la comunicación a su empleador, en los términos establecidos en el inciso tercero del artículo 15 de la Ley N°21.063, esto es, presentando el formulario de aviso para traspaso del permiso SANNA. En dicho formulario, será obligatorio consignar la información de los literales A.1 y A.3, de la Sección A, correspondientes al RUN del padre o madre ausente y el número de días que se traspasan, respectivamente, no siendo necesario completar la información relativa al cuidado personal del niño, niña o adolescente, y en lugar de la firma de quien traspasa los días, debe indicarse que la causal que se invoca es "ausencia". No será necesario consignar la información del padre ausente cuando la causal invocada corresponda a "filiación no determinada".

Para acreditar la causal de ausencia, el trabajador o trabajadora debe presentar los siguientes documentos, según la causal de ausencia que se invoca:

- a) Cuando el niño, niña o adolescente carece del cuidado y protección por parte de uno de sus progenitores como consecuencia del abandono del hogar, se debe adjuntar:
 - El comprobante de constancia realizado ante Carabineros de Chile que constate que el progenitor o progenitora ausente no vive en el mismo hogar que el niño, niña o adolescente. Dicho trámite podrá ser realizado a través del sitio web: www.comisariavirtual.cl y;
 - Una declaración jurada suscrita ante notario público que dé cuenta que la o el solicitante es el único progenitor a cargo del cuidado y protección del niño, niña o adolescente.
- b) Cuando no se encuentre determinada la filiación respecto de uno de los progenitores, se debe adjuntar el certificado de nacimiento respectivo, en el que conste la falta de determinación de la filiación del otro progenitor o progenitora.
- c) Cuando se trate de una condena por delito de violencia intrafamiliar, la acreditación se efectuará mediante la presentación, por parte de la persona solicitante, de la sentencia definitiva ejecutoriada en la que conste que el progenitor o progenitora ha sido condenado por dicho delito, en contra de alguna de las personas señaladas en el artículo 7º del Decreto Supremo N°14, de 2024, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. La sentencia, en todo caso, debe acompañarse sin perjuicio de otros sistemas de información que se destinen para verificar dicha información.

Con todo, en los supuestos de las letras c) y d) del artículo 7º del Decreto Supremo N°14, de 2024, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, esto es, cuando el progenitor o progenitora haya sido condenado por el delito de violencia intrafamiliar en contra del padre o madre de un hijo/a en común o bien, cuando el progenitor o progenitora se encuentra condenado por el delito de violencia intrafamiliar en contra de un hijo/a en común con la persona que solicita el beneficio, sea o no el niño, niña o adolescente por el cual se hace uso de los días de permiso, la persona solicitante debe acompañar el certificado de nacimiento en que conste el nombre de los progenitores del hijo o hija en común, sea o no el niño, niña o adolescente por el cual se hace uso de los días de permiso.

Tratándose del supuesto de la letra e) del aludido artículo 7º, esto es, cuando el progenitor o progenitora haya sido condenado por violencia intrafamiliar en contra de una persona sujeta al cuidado personal del autor/a del delito o de la persona solicitante del beneficio, sea o no el niño, niña o adolescente por el cual se hace uso de los días de permiso, la persona solicitante debe acompañar la copia de la resolución judicial o el certificado de nacimiento en que conste que el menor se encuentra al cuidado personal del autor/a del delito o de la persona que solicita el traspaso.

Los documentos a que se hace referencia en los literales a) y b) anteriores, deben haber sido emitidos con una antelación de no más de 30 días contados desde la fecha que se consigne en la Sección C del formulario de traspaso del permiso.

C) REGLAS COMUNES A LAS SITUACIONES DE FALLECIMIENTO Y AUSENCIA DE UNO DE LOS PROGENITORES

Si el progenitor o progenitora se encuentra en alguna de las situaciones previstas en los incisos quinto y sexto del artículo 15 de la ley N°21.063, y no hubiere hecho uso de los días de permiso, el otro progenitor o progenitora tiene derecho a la totalidad de días que le hubieren correspondido, conforme a lo establecido en el artículo 14 de la Ley N°21.063. Por su parte, si el progenitor o progenitora hubiere hecho uso parcial de los días de permiso, el otro progenitor o progenitora tiene derecho al remanente de días que no hayan sido utilizados.

La COMPIN o el DCN, en su caso, informará en la resolución que se pronuncia sobre la licencia médica SANNA los días disponibles para ser utilizados por el progenitor o progenitora que invoca el beneficio de los incisos quinto y sexto del artículo 15 de la Ley N°21.063.

Cabe hacer presente que el uso del beneficio en las situaciones de fallecimiento o ausencia, no se encuentra condicionado a que el otro progenitor o progenitora haya cumplido los requisitos para acceder al mismo.

Finalmente, en materia de traspaso del permiso, en todo lo no previsto en el presente numeral, resultarán aplicables las instrucciones contenidas en el Título III.

TÍTULO V. SUBSIDIO SANNA

1. ENTIDADES PAGADORAS DEL SUBSIDIO

Las licencias médicas SANNA autorizadas, en que el trabajador o trabajadora cumpla con los requisitos habilitantes según corresponda, darán derecho al pago de un subsidio. Al respecto, se debe señalar que el seguro SANNA establece el derecho

al subsidio para los trabajadores dependientes sin distinguir si presta servicios para el sector privado o público. En consecuencia, durante el período en que los trabajadores y trabajadoras dependientes del sector público hagan uso del permiso SANNA, no tienen derecho a mantener su remuneración, no siendo aplicables por tanto las respectivas normas estatutarias que otorgan derecho a la misma durante el uso de otro tipo de licencias médicas.

El pago del subsidio será realizado por las Mutualidades de Empleadores y el Instituto de Seguridad Laboral, según la afiliación del empleador del trabajador o trabajadora dependiente o bien donde se haya afiliado el trabajador o trabajadora independiente. Tratándose de trabajadores y trabajadoras de empresas con administración delegada, el subsidio será pagado por el Instituto de Seguridad Laboral.

Respecto del trabajador o trabajadora cesante, el pago del subsidio será realizado por el Organismo Administrador al que se encontraba afiliado su último empleador. Para ello la COMPIN debe remitir a dichas entidades el expediente con los antecedentes pertinentes para el cálculo del beneficio, junto con la licencia médica que dio origen al permiso, con su respectiva resolución de autorización.

Cabe hacer presente que las entidades pagadoras podrán celebrar convenios para efectuar el pago del subsidio derivado de la licencia SANNA.

2. CÁLCULO DEL SUBSIDIO

El cálculo del subsidio derivado del permiso SANNA, así como las cotizaciones que sean de cargo del trabajador o trabajadora, se efectuará sobre la base de la remuneración imponible consignada en el respectivo certificado o comprobante de remuneraciones.

A) BASE DE CÁLCULO DEL SUBSIDIO

El cálculo del subsidio se encuentra regulado en los artículos 16 al 18 de la Ley N°21.063 y, en todo lo no previsto, se aplicarán supletoriamente las reglas establecidas en el D.F.L. N°44 de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que fija normas comunes para el subsidio por incapacidad laboral de los trabajadores dependientes del sector privado, con excepción de los artículos 10 y 11 del citado Decreto con Fuerza de Ley. Asimismo, respecto de los trabajadores independientes, se aplicarán supletoriamente las normas del párrafo 2º del Título II del D.F.L. N°1, de 2006, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2.763, de 1979 y de las leyes N°18.933 y N°18.469.

El trabajador o trabajadora que haga uso del permiso establecido en la Ley N°21.063, tiene derecho al pago de un subsidio con cargo al seguro por todo el período de duración del permiso si cumple con los requisitos de afiliación y cotización regulados en la citada ley, según dispone el artículo 16 de la misma. Por tanto, no resulta aplicable el período de carencia a que se refiere el artículo 14 del D.F.L. N°44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

B) CÁLCULO DEL MONTO DIARIO

Para el cálculo del monto diario del subsidio, se debe distinguir según la calidad jurídica del trabajador o trabajadora, a saber:

a) Trabajador o trabajadora dependiente

El artículo 16 de la Ley N°21.063 establece que el monto diario del subsidio de los trabajadores dependientes, se calculará sobre la base del promedio de las remuneraciones netas, del subsidio o de ambos, que se hayan percibido en los últimos tres meses calendario más próximos al inicio del permiso.

Ahora bien, se entiende por remuneraciones netas aquellas respecto de las cuales se hayan efectuado cotizaciones, con deducción de las cotizaciones de cargo del trabajador o trabajadora y los impuestos, en su caso.

Al respecto, cabe señalar que los últimos tres meses calendarios anteriores más próximos al inicio del permiso a que se refiere el artículo 16 de la Ley N°21.063 pueden no ser necesariamente los inmediatamente anteriores, resultando por tanto posible considerar remuneraciones y/o subsidios hacia atrás, hasta por seis meses. Lo anterior supone que, si el trabajador o trabajadora no tiene días trabajados o subsidios durante un mes, incluso en el caso de encontrarse con licencias médicas rechazadas, no corresponde utilizar ese período, puesto que no devengó ingresos, debiendo la entidad pagadora del subsidio utilizar el siguiente mes más próximo, completando los tres meses necesarios dentro de los seis meses anteriores al mes de inicio del respectivo permiso con el objeto de configurar la base de cálculo. Si en alguno o algunos de los meses más próximos no hay ninguna remuneración, bastará que en un mes se haya percibido remuneración por un día, para que éste se deba considerar en el cálculo del subsidio. Si, por el contrario, existen dos meses con remuneración, para el cálculo del subsidio se considerará el promedio de dichos meses.

Por disposición expresa del antes citado artículo 16, para el cálculo de este subsidio no se aplica el artículo 10 del D.F.L. N°44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

En todo lo no previsto en el artículo 16 de la Ley N°21.063, se aplicarán al subsidio establecido en esta ley, en cuanto sea compatible con su naturaleza, las reglas establecidas en el Decreto con Fuerza de Ley N°44, del Ministerio del

Trabajo y Previsión Social, de 1978, que fija normas comunes para subsidios por incapacidad laboral de los trabajadores dependientes del sector privado, con excepción de los artículos 10 y 11.

b) Trabajador o trabajadora independiente

Tratándose de los trabajadores y trabajadoras independientes del artículo 90 del D.L. N°3.500, de 1980, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, el subsidio se calculará sobre la base de las rentas netas y subsidios percibidos por los que haya cotizado, dentro de los cinco meses continuos anteriores más próximos al mes en que se inicia el permiso.

En todo caso, en el cálculo de los subsidios no podrán considerarse rentas mensuales que tengan una diferencia entre sí, superior al 25%. En el evento de existir esa diferencia o diferencias superiores se considerará en el mes o meses de que se trate, la renta efectiva limitada al 125% de la renta mensual menor del período respectivo.

En todo lo no previsto en el artículo 16 de la Ley N°21.063, se aplicarán al subsidio establecido en esta ley, en cuanto sea compatible con su naturaleza, las reglas establecidas para los trabajadores independientes, en el párrafo 2º del Título II del Libro II del Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2006, del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2.763, de 1979 y de las Leyes N°18.933 y N°18.469.

Tratándose de los trabajadores independientes del artículo 89 del D.L. N°3.500, el subsidio total o parcial se calculará en base a la renta anual imponible dividida por doce, del subsidio, o de ambos, por la que hubieran cotizado, determinadas en la Operación de Renta y hasta el día 30 de junio del año siguiente.

c) Trabajador o trabajadora temporal cesante

De acuerdo con el artículo 17 de la Ley N°21.063, en el caso de los trabajadores cesantes señalados en el artículo 6º de dicha norma, el monto diario del subsidio se calculará sobre la base del promedio de las remuneraciones netas y los subsidios por incapacidad de origen común, laboral o maternal o bien de este seguro, percibidos en los últimos doce meses calendarios anteriores y más próximos al inicio del permiso.

C) CÁLCULO DEL SUBSIDIO EN CASO DE TRASPASO

Cuando opere el traspaso del permiso, el subsidio a que dé lugar el seguro se calculará sobre la base de las remuneraciones, rentas o subsidios que correspondan al padre o madre que haga uso efectivo del permiso, de conformidad a las normas dispuestas en los artículos 16 y siguientes de la Ley N°21.063.

D) PAGO DEL SUBSIDIO EN CASO DE CUMPLIMIENTO DE EDAD DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

Como se indica en el número 1, del Título I de este Libro V, si el niño, niña o adolescente cumple la edad de 5, 15 o 18 años, la COMPIN deberá, dependiendo de la etapa de tramitación en la que se encuentre la licencia médica SANNA, rechazar, reducir o redictaminar la citada licencia, considerando su fecha de término. Sin perjuicio de ello, si la Mutual o ISL, detectan que una licencia médica SANNA fue autorizada excediendo el límite de edad precedentemente señalado, deberá suspender el pago de dicho beneficio y poner en conocimiento de la COMPIN esta circunstancia, a fin de que esta última proceda a redictaminar la licencia médica. Ahora bien, en caso de haberse pagado subsidio con posterioridad al cumplimiento de las edades indicadas, la entidad pagadora del mismo, deberá solicitar la devolución de lo pagado en exceso.

3. COTIZACIONES PREVISIONALES DURANTE LOS PERÍODOS DE SUBSIDIO

El subsidio a que da lugar la Ley N°21.063 será imponible para previsión y salud de conformidad al artículo 17 del D.L. N°3.500, de 1980, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Por tanto, las entidades pagadoras del subsidio SANNA deben efectuar las cotizaciones de pensión y salud, sobre la base de la remuneración imponible correspondiente al mes anterior al inicio de la licencia médica SANNA, o en su defecto la remuneración imponible establecida en el contrato de trabajo, enterándolas en las entidades que correspondan. Lo anterior considerará también la cotización a que se refiere el párrafo quinto del número 7, del Título I, del Libro III.

Asimismo, la entidad pagadora una vez determinado el subsidio SANNA, debe descontar, cuando corresponda, la cotización para el seguro de cesantía de cargo del trabajador o trabajadora, enterándola en la entidad pertinente.

Por su parte, durante el período de incapacidad laboral por permiso SANNA la entidad empleadora debe pagar las cotizaciones de su cargo, entre ellas la cotización del seguro SANNA.

4. PRESCRIPCIÓN DEL DERECHO A COBRO DEL SUBSIDIO SANNA

De acuerdo con el inciso segundo del artículo 155 del D.F.L. N°1, de 2006, del Ministerio de Salud, el derecho a impetrar el subsidio por incapacidad laboral prescribe en seis meses contados desde el término de la respectiva licencia médica.

Tratándose de licencias médicas continuadas, es decir extendidas sin solución de continuidad y por el mismo diagnóstico, el plazo de prescripción se cuenta desde el término de las últimas.

Si la Entidad Pagadora no paga el respectivo subsidio SANNA, por considerar que ha prescrito el derecho al cobro del mismo, debe remitir a esta Superintendencia los antecedentes del caso, con el respectivo informe legal, con el objeto que este Organismo revise los antecedentes y se pronuncie respecto a si procede o no su pago. Lo resuelto por esta Superintendencia será informado a la entidad pagadora respectiva y al trabajador o trabajadora.

En los casos en que esta Superintendencia instruya el pago del subsidio, la entidad pagadora respectiva debe pagar al trabajador o trabajadora a la brevedad, sin que en caso alguno puedan transcurrir más de treinta días corridos desde la fecha de pronunciamiento.

TÍTULO VI. SANCIONES CONTEMPLADAS EN LA LEY N°21.063

1. SANCIONES PENALES

Conforme lo establece el artículo 44 de la Ley N°21.063, todo aquel que con el objeto de percibir beneficios indebidos del seguro para sí o para terceros proporcione, declare o entregue a sabiendas datos o antecedentes falsos, incompletos o erróneos, será sancionado con las penas establecidas en el artículo 467 del Código Penal, sin perjuicio de lo anterior, el infractor debe restituir al Fondo SANNA las sumas indebidamente percibidas, reajustadas en conformidad a la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor determinado por el Instituto Nacional de Estadísticas o el organismo que lo reemplace, entre el mes anterior a aquél en que se percibieron dichas sumas y el que antecede a la restitución, más el interés penal mensual establecido en el artículo 53 del Código Tributario.

La responsabilidad de realizar las gestiones necesarias para la restitución de las sumas indebidamente percibidas corresponderá a las entidades pagadoras, sin perjuicio de las facultades de la Superintendencia de Seguridad Social.

2. SANCIONES POR CERTIFICACIONES MÉDICAS SIN FUNDAMENTO

Al tenor de lo señalado en el artículo 45 de la Ley N°21.063, en caso que el profesional médico que certifique la condición de gravedad del niño, niña o adolescente lo haga con evidente ausencia de fundamento médico, esta Superintendencia de oficio o mediante denuncia del empleador del beneficiario o de las entidades recaudadoras, podrá, si existe mérito para ello, iniciar una investigación, siendo aplicable lo dispuesto en el artículo 5º de la Ley N°20.585.

Las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez tienen, para este caso, las facultades señaladas en el artículo 2º de la citada Ley N°20.585.

3. SANCIONES POR CONFLICTO DE INTERÉS Y USO DE INFORMACIÓN PRIVILEGIADA

Según lo dispuesto en el artículo 46 de la Ley N°21.063, resultarán aplicables las penas de presidio menor en su grado medio a presidio mayor en su grado mínimo, a los directores, gerentes, apoderados, liquidadores, operadores de mesa de dinero y trabajadores de las entidades administradoras del Fondo, que en razón de su cargo y posición y valiéndose de información privilegiada de aquella que trata el Título XXI de la Ley N°18.045:

- a) Ejecuten un acto, por sí o por intermedio de otras personas, con el objeto de obtener un beneficio pecuniario para sí o para otros, mediante cualquier operación o transacción de valores de oferta pública.
- b) Divulguen información privilegiada relativa a las decisiones de inversión del Fondo a personas distintas de las encargadas de efectuar las operaciones de adquisición y enajenación de valores de oferta pública por cuenta o en representación del Fondo.

TÍTULO VII. FONDO DEL SEGURO PARA ACOMPAÑAMIENTO DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

1. FINANCIAMIENTO Y DESTINACIÓN DEL FONDO SANNA

El Fondo SANNA corresponde a aquél establecido en el artículo 3º de la Ley N°21.010, y de acuerdo con lo señalado en el artículo 25 de la Ley N°21.063, tiene por objeto financiar el pago de los subsidios a que da lugar el seguro, el pago de las cotizaciones previsionales y de salud que procedan durante el uso del seguro y el pago de los gastos de administración, gestión, fiscalización y todo otro gasto en que incurran las instituciones y entidades que participan en la gestión del Seguro.

El Fondo, según dispone el artículo 24 de la Ley N°21.063, se financia con los recursos provenientes de:

- a) Una cotización mensual de las remuneraciones o rentas imponibles de los trabajadores dependientes e independientes, de cargo del empleador o de estos últimos, establecida en el artículo 3 de la Ley N°21.010 , que asciende a un 0,03%.
- b) La cotización para este seguro que proceda durante los períodos en que el trabajador o la trabajadora esté haciendo uso de él y durante los períodos de incapacidad laboral temporal de origen común, maternal o de la Ley N°16.744, de cargo del empleador.
- c) El producto de las multas, reajustes e intereses que se apliquen en conformidad a la Ley N°17.322.
- d) Las utilidades o rentas que produzca la inversión de los recursos anteriores.

Los recursos del Fondo se destinarán para financiar:

A) EL PAGO DE LOS SUBSIDIOS QUE OTORGA EL SEGURO Y SUS RESPECTIVAS COTIZACIONES

Los recursos del Fondo SANNA destinados al pago de beneficios provienen de las fuentes señaladas en los literales a) y b) del listado anterior. Para calcular dichos recursos, se debe deducir de las mencionadas fuentes, el porcentaje (8%) establecido en el artículo 39 de la Ley N°21.063, destinado al pago de los gastos de administración.

B) EL PAGO DE LOS GASTOS DE ADMINISTRACIÓN

Para el pago de los gastos de administración, que corresponden a la gestión, fiscalización y todo otro gasto en que incurran las instituciones y entidades que participan en la gestión del seguro, las Mutualidades de Empleadores y el Instituto de Seguridad Laboral, deberán registrar el valor nominal del 8% de la recaudación del mes que corresponda a cotizaciones para el SANNA, en una cuenta contable, especialmente destinada para controlar los recursos correspondientes al Fondo para Gastos de Administración.

2. ADMINISTRACIÓN DEL FONDO SANNA

El artículo 32 de la Ley N°21.063 establece que la administración financiera del Fondo SANNA está a cargo de las Mutualidades de Empleadores y del Instituto de Seguridad Laboral, quienes además, deben efectuar la inversión de sus recursos y los giros que se dispongan de conformidad con esta ley.

Para que las entidades administradoras operen con el Fondo SANNA, deben ceñirse a las siguientes reglas:

A) REGLAS PARA OPERAR CON EL FONDO

a) Cuenta Corriente Exclusiva

Las Mutualidades de Empleadores y el Instituto de Seguridad Laboral deben disponer de una cuenta corriente bancaria exclusiva en cualquier banco comercial de la plaza, para cada una de las funciones asociadas a la operación de Fondo SANNA, esto es recaudación, pago y administración, con el objeto de manejar los recursos del Fondo. En el caso de la función pagadora, ésta podrá efectuarse a través de la cuenta corriente que ya fue aperturada al inicio de la vigencia del régimen SANNA.

El manejo de las respectivas cuentas debe corresponder, al menos, a dos giradores, los cuales deben ser designados por el Gerente General o Jefe de Servicio, según corresponda.

Con el objeto de resguardar el correcto uso de los recursos del Fondo SANNA, los giradores designados para cada una de las cuentas deben contar con una póliza de seguro de fianza a favor del Contralor o Contralora General de la República, remitiendo a este Organismo una copia de dicha póliza y de la correspondiente factura que acredita la vigencia.

Tratándose de la denominación de las respectivas cuentas corrientes, éstas deben tener un nombre que identifique claramente el origen y uso de los recursos que en ellas se administran, por lo tanto, se denominarán señalando el nombre de la entidad seguido de la frase "Seguro SANNA - Recaudación", "Seguro SANNA - Fondo" o "Seguro SANNA - Pago", según corresponda.

Una vez aperturada la respectiva cuenta corriente bancaria, cada Entidad debe informar a esta Superintendencia, a través de una comunicación de su máxima autoridad ejecutiva, el nombre del banco comercial, el número de la respectiva cuenta corriente y los datos de todos los giradores autorizados, incluyendo el nombre, RUN, cargo que desempeña e información de contacto. Siguiendo el mismo procedimiento, debe además informar toda modificación que afecte a las aludidas cuentas, y remitir las pólizas correspondientes y sus actualizaciones.

Los eventuales costos de mantención u operación de las cuentas corrientes serán de cargo de cada entidad participante y podrán ser financiados con los recursos a que se refiere el artículo 39 de la Ley N°21.063.

b) Cuentas Contables

Para efectos de los registros contables y preparación de estados financieros, las Mutualidades de Empleadores

deben ajustarse a lo dispuesto en el Libro VIII, Título IV del Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de esta Superintendencia. A su vez, el Instituto de Seguridad Laboral debe ajustarse a lo dispuesto por la Contraloría General de la República en su Resolución N°16, de 25 de febrero de 2015, sobre la adopción de las Normas Internacionales de Contabilidad para el Sector Público (NICSP).

c) Sistema de Consulta en Línea

Las entidades pagadoras del subsidio deben habilitar un mecanismo de consulta que permita al trabajador o trabajadora conocer el estado del proceso de pago del beneficio.

B) RECAUDACIÓN DE LA COTIZACIÓN SANNA

A contar de la fecha en que las Mutualidades de Empleadores y el Instituto de Seguridad Laboral reciben en sus cuentas corrientes institucionales, los recursos correspondientes a la cotización SANNA desde las entidades que efectúan el proceso de recaudación de cotizaciones de la Ley N°16.744 y del SANNA, deben transferir a la cuenta de uso exclusivo que cada una de ellas dispondrá para tales efectos, los montos correspondientes a la cotización del SANNA y, aquellos ingresos percibidos producto de multas, reajustes e intereses que se apliquen en conformidad con la Ley N°17.322, con la misma periodicidad con la que recibieron los recursos.

Sin perjuicio de lo anterior, las Mutualidades de Empleadores y el Instituto de Seguridad Laboral podrán realizar ajustes mensuales a los montos previamente transferidos, para lo cual deben determinar el monto total de las cotizaciones SANNA enteradas en el mes y efectuar la transferencia de los recursos que estuvieren pendientes de enterar en la cuenta "Seguro SANNA - Recaudación". En caso que se hubiese transferido montos superiores a la recaudación mensual, se debe solicitar la autorización para la restitución de los recursos a esta Superintendencia.

Adicionalmente, las Mutualidades de Empleadores y el Instituto de Seguridad Laboral deben enviar mensualmente a esta Superintendencia, mediante un correo electrónico del funcionario designado para tal efecto, las cartolas bancarias de todas las cuentas donde fueron recibidos los recursos correspondientes a la recaudación de cotización SANNA, por un período que registre los movimientos de al menos los 30 días corridos anteriores a la fecha de envío del correo. Dicha información debe adjuntarse al correo en formato pdf y Excel, y ser remitida a la casilla pagosanna@suseso.cl, el primer día hábil de cada mes.

C) FORMACIÓN DEL FONDO SANNA

Los ingresos recibidos por las Mutualidades de Empleadores y el Instituto de Seguridad Laboral serán depositados mensualmente en la cuenta única aperturada para el ejercicio de la función administradora de la respectiva entidad, denominada "Seguro SANNA - Fondo".

El plazo para realizar esta transferencia es de cinco días, contado desde el vencimiento del plazo legal en que las entidades recaudadoras reciben las cotizaciones correspondientes, término que se prorrogará hasta el primer día hábil siguiente si dicho plazo expirare en día sábado, domingo o festivo.

Al respecto, cabe precisar que al tenor de lo establecido en el artículo 19 del D.L. N°3.500, de 1980, las respectivas cotizaciones deben ser declaradas y pagadas por el empleador y el trabajador independiente a que se refiere el inciso tercero del artículo 90 del citado Decreto Ley, según el caso, dentro de los diez primeros días del mes siguiente a aquel en que se devengaron las remuneraciones y rentas, o aquel en que se autorizó la licencia médica por la entidad correspondiente, término que se prorrogará hasta el primer día hábil siguiente si dicho plazo expirare en día sábado, domingo o festivo. Ahora bien, si la declaración y pago de cotizaciones se realiza a través de un medio electrónico, el plazo mencionado se extenderá hasta el día 13 de cada mes, aun cuando éste fuere día sábado, domingo o festivo. Con todo, las cotizaciones que no fueren enteradas dentro de dichos plazos por los trabajadores independientes no obligados a cotizar, podrán efectuarse hasta el último día del mes calendario siguiente a aquél que se devengaron dichas rentas.

Tratándose de los independientes que obtienen rentas de las señaladas en el inciso primero del artículo 90 del D.L. N°3.500, de 1980, que se encuentran obligados a cotizar, estos podrán efectuar pagos provisionales mensuales, los que se pagarán en los mismos plazos y condiciones previamente indicados.

3. DETERMINACIÓN DE LA COTIZACIÓN SANNA

El artículo 26 de la Ley N°21.063 impone al empleador la obligación de efectuar la cotización para el SANNA por todos sus trabajadores, la que se calculará sobre las remuneraciones imponibles, hasta el tope máximo vigente establecido en el artículo 16 del Decreto Ley N°3.500, de 1980, consideradas al último día del mes anterior al pago.

La misma ley mantiene la obligación del empleador de cotizar para este seguro por sus trabajadores que se encuentren haciendo uso de un permiso por incapacidad laboral temporal de origen común, maternal, incluido el período del permiso postnatal parental, de la Ley N°16.744, o del mismo Seguro de la Ley N°21.063, las que deben efectuarse sobre la base de la última remuneración imponible enterada para el SANNA, correspondiente al mes anterior a aquel en que se haya iniciado el permiso.

Si durante el mes anterior al inicio del permiso por el SANNA, por cualquier motivo, no existe remuneración imponible informada a este Seguro, se debe considerar la remuneración imponible utilizada por el empleador para declarar y pagar las cotizaciones destinadas al Seguro de Cesantía establecido en la Ley N°19.728, o en su defecto la establecida en el contrato de

trabajo.

Conforme a lo señalado, para realizar la declaración y pago de cotizaciones correspondiente al seguro de la Ley N°21.063, durante los períodos en que el trabajador o trabajadora está haciendo uso de un permiso por incapacidad laboral temporal de origen común, maternal, incluido el período del permiso postnatal parental, de la Ley N°16.744 o del SANNA, se deben considerar los siguientes criterios:

A) TRABAJADOR DEPENDIENTE

La cotización previsional correspondiente al SANNA durante los períodos de incapacidad laboral temporal para el caso de trabajadores dependientes, se calculará según la siguiente fórmula:

$$\text{Cotizacion SANNA}_t = \frac{\text{Remuneracion Imponible}_{t-k}}{\text{Dias Trabajados}_{t-k}} \times \text{Dias de Incapacidad}_t \times \text{Tasa SANNA}_t$$

Definiciones:

- **Cotización SANNA:** Monto de la cotización para el SANNA en el mes correspondiente a los días en que el trabajador o trabajadora hizo uso del permiso por incapacidad laboral temporal.
- **Remuneración imponible:** Corresponde a la remuneración imponible que percibió el trabajador o trabajadora en el k-ésimo mes anterior al inicio del permiso por incapacidad laboral temporal.
- **Días trabajador:** Corresponde a los días trabajados en el k-ésimo mes anterior al inicio del permiso por incapacidad laboral temporal.
- **Días de incapacidad:** Corresponde a los días de incapacidad laboral temporal que presentó el trabajador o trabajadora en el mes
- **Tasa SANNA:** Corresponde a la tasa de cotización para el seguro de la Ley N°21.063.

Tratándose de trabajadores dependientes que hagan uso del permiso SANNA que no cotizan para el Seguro de Cesantía establecido en la Ley N°19.728, como por ejemplo, trabajadores de casa particular, los sujetos a contrato de aprendizaje, los menores de 18 años de edad hasta que los cumplan, los pensionados de vejez o invalidez total y los funcionarios públicos, corresponderá utilizar la remuneración imponible establecida en el respectivo contrato de trabajo, o en la respectiva resolución de contratación, que indica el grado del funcionario, lo que se podrá acreditar con dichos documentos o con el certificado de remuneración del empleador.

Finalmente, cabe señalar que la remuneración imponible máxima a considerar para el cálculo de la cotización para el SANNA corresponderá al tope imponible utilizado para el régimen de pensiones.

B) TRABAJADOR INDEPENDIENTE

De acuerdo a lo señalado en el artículo 26 de la Ley N°21.063, el pago de las cotizaciones de los trabajadores independientes se regirá por las normas establecidas en los incisos primero y cuarto del artículo 92 del Decreto Ley N°3.500, de 1980. Para dicho pago, se procederá de acuerdo al artículo 92 F del referido Decreto Ley, debiendo el Servicio de Impuestos Internos comunicar a la Tesorería General de la República, en el mismo plazo que establece el artículo 97 de la Ley sobre Impuesto a la Renta, la individualización de los afiliados independientes que deban pagar dichas cotizaciones, el monto a pagar por dichos conceptos y el correspondiente organismo administrador.

La Tesorería General de la República debe entregar al respectivo organismo administrador las correspondientes cotizaciones, de acuerdo al orden de prelación dispuesto en el artículo 92 G del Decreto Ley N°3.500, de 1980, con cargo a las cantidades retenidas conforme a lo dispuesto en dicha norma y hasta el monto en que tales recursos alcancen para realizar el pago. Durante el período en que un trabajador o trabajadora independiente esté haciendo uso de un permiso por incapacidad laboral temporal de origen común, maternal, de la Ley N°16.744 o cuando esté haciendo uso de permiso SANNA, se encontrará exento de la obligación de cotizar para este Seguro.

C) COTIZACIONES PARA LOS SEGUROS DE LAS LEYES N°S. 16.744 Y 21.063

El artículo 27 de la Ley N°21.063 señala que la recaudación de las cotizaciones del SANNA se efectuará por las Mutualidades de Empleadores y el Instituto de Seguridad Laboral, conjuntamente con las demás cotizaciones que recaudan para el financiamiento del seguro de la Ley N°16.744.

Por su parte, el artículo 30 de la antes aludida Ley N°21.063, preceptúa, en materia de cobro de cotizaciones, que corresponderá a la entidad recaudadora respectiva perseguir el cobro de las sumas adeudadas. A las cotizaciones del seguro de esta Ley le serán aplicables las normas de la Ley N°17.322 y gozarán de los mismos privilegios y garantías que las otras cotizaciones previsionales.

Finalmente, respecto de la aplicación de las multas en que incurran los empleadores conforme lo establece el artículo 22 a) de la ley N°17.322, el citado artículo 30 dispone que las sumas que se obtengan por dicho concepto se distribuirán en partes iguales entre el seguro de la Ley N°16.744 y el Seguro de la Ley N°21.063.

En relación a esto último, cabe precisar que el criterio de distribución igualitaria de multas entre el seguro de la Ley N°16.744 y el seguro SANNA, rige a contar del 1º de noviembre de 2023, conforme lo establece el inciso primero del artículo primero transitorio de la Ley N°21.614 y se aplicará respecto de todas las multas que se devenguen a contar de dicha fecha.

4. PAGO DEL BENEFICIO

A) CÁLCULO DEL MONTO DEL SUBSIDIO

Una vez recibidos todos los antecedentes enviados por el Departamento de Coordinación Nacional de COMPIN, o la COMPIN, según corresponda, las Mutualidades de Empleadores y el Instituto de Seguridad Laboral deben determinar el monto del subsidio de conformidad a las instrucciones impartidas por esta Superintendencia en el Título V de este Libro.

B) TRANSFERENCIA DE RECURSOS PARA PAGO DE BENEFICIOS

Las provisiones de recursos para pago de beneficios deben ser determinadas por las Mutualidades de Empleadores y el Instituto de Seguridad Laboral, considerando la disponibilidad total de recursos para pago de beneficios, debiendo efectuar la transferencia de los recursos a la cuenta corriente "Seguro SANNA - Pago", en caso de verificar que los recursos disponibles en el Fondo SANNA permitan el pago de los beneficios, de acuerdo a lo señalado en el artículo 40 de la Ley N°21.063.

Las Mutualidades de Empleadores y el Instituto de Seguridad Laboral deben informar a esta Superintendencia, mediante una carta de su máxima autoridad ejecutiva, el detalle de los montos transferidos para el ejercicio de la función pagadora, así como la fecha en que se efectuaron las mencionadas transferencias.

Sin perjuicio de lo anterior, esta Superintendencia podrá, mediante oficio, solicitar a las entidades pagadoras aportar los antecedentes que sustentan los montos autorizados y transferidos para el pago de beneficios. Del mismo modo, esta Superintendencia podrá instruir modificaciones a los montos de provisiones determinadas por la entidad administradora.

C) REGLA DE SUSTENTABILIDAD DEL FONDO

Conforme a lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 40 de la Ley N°21.063, en caso que una Mutualidad o el Instituto de Seguridad Laboral, según corresponda, determine que el conjunto de recursos que se requiere traspasar para el ejercicio de la función pagadora excede el 16% del valor del Fondo SANNA acumulado al último día del mes anterior al mes de pago de los beneficios, debe informar dicha situación a esta Superintendencia, a través de una carta de su máxima autoridad ejecutiva. En tal caso, este Organismo determinará el monto de subsidio que le corresponde a cada beneficiario, sujeto a la disponibilidad de recursos del Fondo SANNA e informará a la Mutualidad de Empleadores o el Instituto de Seguridad Laboral el monto que se debe transferir para el ejercicio de la función pagadora, pronunciándose también respecto de la manera de comunicar esta situación a los beneficiarios.

D) PROVISIÓN Y TRANSFERENCIA DE RECURSOS DESDE EL FONDO SANNA PARA EL PAGO DE LOS BENEFICIOS

La Mutualidad de Empleadores o el Instituto de Seguridad Laboral, según corresponda, debe realizar la provisión y transferencia de recursos hacia la cuenta "Seguro SANNA - Pago", a más tardar el último día hábil de cada mes. Para ello, dichas entidades deben mantener el porcentaje de liquidez señalado en el literal E) siguiente.

E) CUENTA CORRIENTE PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL FONDO

Las Mutualidades de Empleadores y el Instituto de Seguridad Laboral, según corresponda, deben mantener en la cuenta corriente destinada a la administración del Fondo "Seguro SANNA - Fondo", un monto equivalente a la última provisión mensual autorizada por esta Superintendencia a la respectiva Entidad, a objeto de poder cubrir un exceso de gastos por pagos en subsidios y cotizaciones, en caso que los recursos provisionados fueran insuficientes, de modo tal de contar con un monto de recursos disponible para afrontar pagos de subsidios y cotizaciones SANNA. Si en caso que la última provisión mensual autorizada por este Organismo fuese inferior a \$10.000.000, la respectiva entidad debe considerar esta última cifra, como monto a mantener disponible en la referida cuenta corriente. Cuando exista una variación en el monto a mantener en la cuenta corriente, dicho ajuste debe efectuarse dentro de los primeros 10 días de cada mes.

Las Mutualidades de Empleadores y el Instituto de Seguridad Laboral, al cierre de cada mes, informarán a esta Superintendencia los ingresos totales del Fondo, incluidas la información de las cotizaciones recibidas y los pagos efectuados. La información consolidada del Fondo será de carácter público y se difundirá a través del sitio web de las mencionadas entidades. Esta información también se publicará en el sitio web de esta Superintendencia, cuando se encuentre aprobada por ella.

F) PAGO DE COTIZACIONES PREVISIONALES

Una vez transferidos los recursos para el pago de subsidios y cotizaciones en la cuenta de uso exclusivo, la Mutualidad de Empleadores o el Instituto de Seguridad Laboral, según corresponda, debe realizar el pago de las cotizaciones previsionales dentro del plazo legal de que disponen para ello.

Dichas cotizaciones podrán ser enteradas a partir de la fecha en que se les notifique formalmente de la emisión de una licencia médica SANNA, aun cuando no se disponga de la totalidad de los antecedentes que se requieren para calcular y pagar el respectivo subsidio. Lo anterior operará tanto para la primera licencia médica SANNA que se otorgue, como para aquellas licencias de continuidad. Tratándose de la primera licencia, el cálculo se debe realizar en base a la información de cotizaciones con que cuente la respectiva entidad pagadora.

Las multas, reajustes e intereses que se produzcan por el pago atrasado de las cotizaciones previsionales que sean responsabilidad de la entidad pagadora, deben ser financiadas con recursos propios.

G) PAGO DEL SUBSIDIO A LOS BENEFICIARIOS

Una vez transferidos los recursos para el pago de subsidios y cotizaciones en la cuenta corriente "Seguro SANNA - Pago", la Mutualidad de Empleadores o el Instituto de Seguridad Laboral, según corresponda, dispondrá de un plazo de 3 días hábiles contados desde la fecha de traspaso de dichos recursos para iniciar el pago de los subsidios correspondientes, cumpliendo con la periodicidad a que se hace mención en el inciso segundo del artículo 22 de la Ley N°21.063.

Atendido lo anterior, en caso que una entidad pagadora haya suscrito convenios para el pago de subsidios con otras instituciones u organismos públicos o privados, debe garantizar que el pago se realice en el plazo señalado en el párrafo precedente.

H) REINTEGRO DE RECURSOS AL FONDO SANNA

Corresponderá el reintegro de recursos al Fondo SANNA, por parte de las Mutualidades de Empleadores y el Instituto de Seguridad Laboral, según corresponda, en los siguientes casos:

- Cuando haya prescrito el derecho a cobro del respectivo subsidio;
- Cuando se evidencien subsidios SANNA mal emitidos;
- Por instrucción o como resultado de una fiscalización efectuada por esta Superintendencia;
- Cuando se generen diferencias entre los montos de subsidios SANNA autorizados a pago y aquellos montos de subsidios SANNA efectivamente emitidos y,
- En todos aquellos casos en que la normativa lo disponga.

Para efectuar el reintegro de los recursos al Fondo SANNA, éstos deben ser transferidos desde la cuenta corriente de uso exclusivo "Seguro SANNA - Pago" a la cuenta exclusiva "Seguro SANNA - Fondo", en el mes siguiente a la fecha en que operó la causal de reintegro.

Las entidades Pagadoras deben contar con un procedimiento detallado de las acciones que deben realizar las distintas partes involucradas ante casos de subsidio SANNA mal pagados.

TÍTULO VIII. GASTOS DE ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO SANNA

1. CONFORMACIÓN DEL FONDO PARA GASTOS DE ADMINISTRACIÓN

Los gastos de administración son aquellos recursos destinados a financiar los gastos efectivos de dinero asociados a la recaudación de las cotizaciones, a la gestión de pago de los subsidios, la gestión, administración y fiscalización del Seguro, de las instituciones y entidades participantes del Seguro, los que no podrán exceder, en conjunto, del 8% de las cotizaciones recaudadas en cada año, según lo señala el inciso primero del artículo 39 de la Ley N°21.063.

Una vez que las Mutualidades de Empleadores y el Instituto de Seguridad Laboral, según corresponda, reciban, desde las entidades que efectúan el proceso de recaudación, los recursos correspondientes por este concepto, deben ser transferidos a la cuenta corriente de recaudación SANNA que manejan para estos efectos, al tenor de lo señalado en el artículo 31 de la Ley N°21.063.

Mensualmente, las Mutualidades de Empleadores y el Instituto de Seguridad Laboral (ISL), en su calidad de entidades administradoras, deben calcular el 8% sobre el monto de la recaudación del mes a que correspondan las cotizaciones para el seguro SANNA, y transferir dicho monto a la Superintendencia de Seguridad Social, en su calidad de entidad encargada de administrar el Fondo para Gastos de Administración, mediante depósito o transferencia electrónica a la cuenta corriente "Fondos para Gastos de Administración" de BancoEstado.

El plazo para realizar dicha transferencia será el día veintidós de cada mes, o al día hábil siguiente, si éste fuere sábado,

domingo o festivo, remitiendo a esta Superintendencia el detalle de la conformación de este monto. Las Mutualidades de Empleadores y el Instituto de Seguridad Laboral deben remitir, en formato de documento electrónico (XML), el "Formulario para informar transferencias del 8% de la recaudación" disponible en el Anexo N°1 "Formulario para informar la transferencia del 8% recaudación" del Título III del Libro VII. Este informe debe remitirse con firma electrónica avanzada, por la persona que cada Entidad autorice para realizar esta rendición.

2. DISTRIBUCIÓN

Las entidades que participan de los gastos de administración son las siguientes:

- a) Las Mutualidades de Empleadores de la Ley N°16.744 y el Instituto de Seguridad Laboral, como Entidades Recaudadoras de la cotización SANNA, Pagadoras de los subsidios derivados del permiso SANNA y Administradora de los recursos que conforman el Fondo SANNA.
- b) La Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN), en su calidad de dependientes administrativas de la Subsecretaría de Salud Pública.
- c) La Superintendencia de Seguridad Social (SUSESOSO).

La distribución de los gastos de administración entre las instituciones y entidades que participan del Seguro (recaudadoras, pagadoras, administradoras, Superintendencia de Seguridad Social y Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez) se encuentra establecida en el artículo 4º del Decreto Supremo N°112, de 2019, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

La mencionada distribución se presenta en el siguiente cuadro:

Instituciones y Entidades	Año 2018	Año 2019	Año 2020	Año 2021 y siguientes
Recaudadora	19%	12%	14%	9%
Pagadora	34%	23%	28%	19%
Administradora	10%	6%	7%	6%
SUSESOSO	33%	30%	24%	23%
COMPIN	4%	29%	27%	43%

Los porcentajes asignados a cada función en el cuadro anterior, serán distribuidos entre las instituciones o entidades que ejerzan las respectivas funciones en base a los componentes de cálculo que establece el aludido Decreto Supremo N°112, de 2019.

3. ASIGNACIÓN

De acuerdo a lo establecido en el artículo 39 de la Ley N°21.063, por resolución anual de esta Superintendencia, visada por la Dirección de Presupuestos, se establecerán los montos asignados para los gastos de administración entre las instituciones y entidades participantes de la gestión, administración y fiscalización del seguro.

A este respecto, el artículo 16 del Decreto Supremo N°112, de 2019, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, señala que durante el mes de diciembre de cada año esta Superintendencia fijará mediante la resolución aludida, los montos máximos para ser asignados por concepto de gastos de administración. El citado artículo agrega que el monto a transferir mensualmente no podrá exceder el 85 % de una doceava parte del presupuesto anual establecido en la mencionada resolución, el que sólo resulta aplicable a las entidades participantes del seguro de naturaleza privada.

En el caso de las instituciones públicas, éstas se rigen, por regla general, por la Ley de Presupuestos del Sector Público del año en ejecución y sus modificaciones, por lo que el monto a transferir no podrá exceder del máximo autorizado.

4. PROCESO DE RELIQUIDACIÓN ANUAL Y DETERMINACIÓN DE SALDOS

A fin de saldar la eventual diferencia que se genere entre la sumatoria de las transferencias que hubieran sido realizadas a cada entidad de naturaleza privada, y los montos a que dichas entidades tengan derecho luego de determinado el total de ingresos recaudados por concepto de cotizaciones en el año calendario correspondiente, de acuerdo a la metodología establecida en el D.S. N°112, de 2019, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, se realizará un proceso de reliquidación en el mes de abril del año inmediatamente siguiente al de la ejecución de los recursos. El resultado de dicho cálculo se establece en una resolución de esta Superintendencia, visada por la DIPRES y comunicado a cada entidad.

Por razones de ordenamiento administrativo y para facilitar la ejecución del proceso de reliquidación de que trata este numeral, se estima necesario diferenciar el tratamiento que debe darse a las instituciones o entidades participantes según su naturaleza pública (Instituto de Seguridad Laboral, Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez y la Superintendencia de Seguridad Social) o privada (Asociación Chilena de Seguridad, Mutual de Seguridad de Cámara Chilena de la Construcción e Instituto de Seguridad del Trabajo).

A) INSTITUCIONES DE NATURALEZA PÚBLICA

De producirse subejecución de los recursos asignados anualmente a cada una de ellas, el saldo resultante, luego de la respectiva rendición de gastos al 31 de diciembre de cada año, será rebajado de los recursos que le corresponda percibir en el ejercicio del año inmediatamente siguiente por concepto de gastos de administración, de modo que, el citado monto no utilizado, corresponderá al saldo inicial de recursos que deben ser transferidos para el año siguiente.

B) ENTIDADES DE NATURALEZA PRIVADA

Si la diferencia que se genere producto del proceso de reliquidación fuere a favor de la entidad, la Superintendencia de Seguridad Social dispondrá de un plazo de 10 días hábiles contados desde la fecha de emisión del oficio al que se adjunta el informe de reliquidación anual de gastos de administración, para transferir los fondos correspondientes.

Por el contrario, en caso de existir una subejecución de los recursos asignados, el saldo resultante, será rebajado de los recursos que le corresponda percibir en el ejercicio del año inmediatamente siguiente por concepto de gastos de administración, de modo que, el citado monto no utilizado, debe ser considerado como parte del saldo inicial de recursos que deben ser transferidos para el año siguiente.

Sin perjuicio de lo anterior, la suma total de gastos de administración a que tienen derecho las instituciones y entidades que participan en la gestión, administración y fiscalización del Seguro, no podrá exceder del porcentaje establecido en cuadro consignado en el numeral 2 de este Título.

5. METODOLOGÍA DE CÁLCULO

En el ejercicio de las funciones y atribuciones que le otorga el artículo 42 de la Ley N°21.063 y de acuerdo a la metodología establecida en el D.S. N°112, de 2019, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, esta Superintendencia es la encargada de dictar normas e instrucciones relativas a los gastos de administración establecidos en el artículo 39 de la mencionada Ley. Al efecto, a las instituciones y entidades se les instruye el siguiente procedimiento, según la función que desempeñen:

A) FUNCIÓN RECAUDADORA

El monto mensual que recibirán las Mutualidades de Empleadores y el Instituto de Seguridad Laboral, por el ejercicio de su función recaudadora, con cargo a los gastos de administración, se determinará de acuerdo al número de empresas adherentes que registra cada entidad y un factor fijo de acuerdo a la siguiente tabla:

Número de empresas adherentes que declararon cotizaciones en el mes anterior	Monto por empresa adherente (en pesos)
Rango 1 De 0 a 40.000	1x
Rango 2 De 40.001 a 80.000	0,25x
Rango 3 De 80.001 a 200.000	0,1x
Rango 4 De 200.001 y más	0,05x

Por las primeras 40.000 empresas adherentes que declararon cotizaciones en el mes anterior, corresponderá un monto de \$1x por empresa; por las 40.000 siguientes un monto de \$0,25x por empresa, por las 120.000 subsiguientes un monto de \$0,1x por empresa; y de \$0,05x por empresa que supere las 200.000.

El valor de "X" para cada año, a que hace referencia el artículo 7º del referido D.S. N°112, de 2019, se determina anualmente en el mes de diciembre, que rige para el año siguiente, por medio de una resolución emitida por la Superintendencia de Seguridad Social y visada por la Dirección de Presupuestos, conforme a la variación experimentada por el Índice de Precios al Consumidor, determinado por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), siempre y cuando ésta fuere positiva, conforme a lo establecido en el artículo 16 del Decreto Supremo N°112, de 2019, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que aprueba el reglamento que establece los factores y mecanismos para determinar la asignación de los gastos de administración del seguro para el acompañamiento de niños y niñas de la Ley N°21.063

B) FUNCIÓN PAGADORA

El monto mensual que recibirán las Mutualidades de Empleadores y el Instituto de Seguridad Laboral por el ejercicio de su función pagadora, con cargo a los gastos de administración, se determinará sumando los siguientes componentes:

- Componente determinado en función del número de subsidios emitidos a pago por licencias médicas autorizadas: Las entidades pagadoras recibirán con cargo a los Gastos de Administración un monto mensual determinado en función del número de subsidios emitidos a pago por licencias médicas autorizadas en el mes, cuyo valor se determina anualmente en el mes de diciembre, que rige para el año siguiente, por medio de la misma resolución a que se hace referencia en la letra A) anterior.
- Componente determinado en función del número de trabajadores protegidos: El monto mensual que recibirá cada entidad pagadora con cargo a los Gastos de Administración, será el resultado del producto entre el número de trabajadores que se encuentran protegidos en cada una de ellas, y un factor fijo "Y", de acuerdo a la siguiente tabla:

Número de trabajadores protegidos del mes anterior		Monto por trabajador protegido (en pesos)
Rango 1	De 0 a 800.000	1y
Rango 2	De 800.001 a 1.600.000	0,25y
Rango 3	De 1.600.001 a 2.400.000	0,1y
Rango 4	De 2.400.001 y más	0,05y

En este sentido, por los primeros 800.000 trabajadores protegidos en el mes anterior, corresponderá un monto de \$1y por trabajador o trabajadora; por los 800.000 siguientes un monto de \$0,25y por trabajador o trabajadora, por los 800.000 subsiguientes un monto de \$0,1y por trabajador o trabajadora y de \$0,05y por trabajador o trabajadora que supere los 2.400.000.

El valor de "Y" también se determina anualmente en el mes de diciembre, que rige para el año siguiente, por medio de la misma resolución a que se hace referencia en la letra A) anterior.

C) FUNCIÓN ADMINISTRADORA

El monto mensual que recibirán las Mutualidades de Empleadores y el Instituto de Seguridad Laboral por el ejercicio de su función administradora, con cargo a los gastos de administración, se determinará en función de los siguientes componentes:

- Una comisión promedio de mercado, que para tales efectos determine la Superintendencia de Seguridad Social en conjunto con la Dirección de Presupuestos, mediante el análisis de al menos las comisiones cobradas por las administradoras de carteras de inversión a las Mutualidades de Empleadores por la gestión de sus fondos.
- Un 8,5% de la comisión promedio antes mencionada, por concepto de costo de administración asociado a la contratación de servicios de gestión de cartera de inversión.

Sin perjuicio de lo anterior, el monto resultante anual, no podrá exceder del porcentaje de los Gastos de Administración asignado para dicha función, de acuerdo a lo establecido en el artículo 4 del aludido Decreto Supremo N°112, de 2019 y se fijará en la resolución anual a que se refiere el artículo 16 del mismo.

D) SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL (SUSESOSO)

Para dar cumplimiento a las funciones que establece la Ley N°21.063 y las asignadas en el artículo 12 del Decreto Supremo N°112, de 2019, esta Superintendencia recepcionará recursos como institución pública participante del seguro.

E) COMISIONES DE MEDICINA PREVENTIVA E INVALIDEZ (COMPIN)

Los recursos correspondientes a las COMPIN, serán transferidos a una cuenta corriente que administre la Subsecretaría de Salud Pública, según lo dispuesto en el inciso cuarto del artículo 9, en armonía con el artículo 12 numeral 9, ambos del D.F.L. N°1, de 2006, del Ministerio de Salud, que establece que será competencia de la Subsecretaría de Salud Pública organizar bajo su dependencia y aportar al funcionamiento de las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez.

Para dar cumplimiento a las funciones asignadas en el artículo 14 del antes referido D.S. N°112, de 2019, la Subsecretaría de Salud Pública recepciona recursos como institución pública participante del Seguro.

6. INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN GENERAL

A) TOPE DE ASIGNACIÓN DE GASTOS DE ADMINISTRACIÓN

El monto máximo a transferir mensualmente a cada entidad de naturaleza privada participante, no podrá superar el 85% de una doceava parte del presupuesto establecido en la resolución anual a que se hace mención en el inciso tercero del artículo 39 de la Ley N°21.063. Tratándose de las instituciones públicas participantes, el monto máximo anual a transferir corresponde al autorizado en la Ley de Presupuestos del Sector Público del año en ejecución y sus modificaciones.

B) SOLICITUD DE RECURSOS PARA GASTOS DE ADMINISTRACIÓN

Para hacer efectiva la transferencia de recursos, cada institución o entidad participante debe, si correspondiere, realizar el cálculo respectivo a la función que da origen a su asignación de gastos de administración, de acuerdo a la metodología señalada en el numeral 5 de este Título, y enviar a la Superintendencia de Seguridad Social una solicitud de recursos el día 20 de cada mes o el día hábil siguiente en caso de que éste fuere sábado, domingo o festivo.

En el caso de las instituciones o entidades que cumplen la función recaudadora, pagadora y administradora, éstas deben remitir respectivamente el Anexo N°2 "Formulario para solicitud gasto de administración para entidades recaudadoras", el Anexo N°3 "Formulario para solicitud gasto de administración para entidades pagadoras" y el Anexo N°4 "Formulario para solicitud gasto de administración para entidades administradoras", todos del Título III del Libro VII de este Compendio.

Tratándose de la Subsecretaría de Salud Pública y la Superintendencia de Seguridad Social, a éstas les corresponderá remitir el Anexo N°5 "Formulario para solicitud gasto de administración para instituciones públicas", del Título III del Libro VII de este Compendio.

Los Anexos señalados en los párrafos precedentes, deben ser remitidos en formato de documento electrónico (XML), con firma electrónica avanzada, por la persona que cada Entidad autorice para realizar la solicitud de gastos de administración, cuyos nombres deben ser informados a través de una carta u oficio firmada por la autoridad máxima de la entidad.

C) PLAN ANUAL DE GASTOS

Las entidades e instituciones participantes del SANNA, para poder acceder a los recursos que se encuentran destinados a gastos de administración, deben presentar, previo a la solicitud de recursos, un plan anual de gastos, el que tiene por objeto clarificar el uso de los recursos que serán utilizados durante el año y que están destinados a cubrir los gastos en personal, operación y adquisición de activos no financieros que son necesarios para desarrollar las actividades relacionadas a la gestión, operación, fiscalización y cualquier otra actividad vinculada con el SANNA.

Este plan anual de gastos no podrá superar el monto fijado en la Resolución a que se refiere el artículo 39 de la Ley N°21.063, es decir, no podrá superar, en conjunto, el monto que fue asignado para cumplir las funciones encomendadas en relación al Fondo SANNA.

El plan anual de gastos debe ser remitido en formato electrónico (XML) y debe cumplir con la estructura establecida en el Anexo N°6 "Plan anual de gasto" del Título III del Libro VII de este Compendio. Este plan se debe remitir una vez al año, y en caso de modificarse, debe ser reemplazado en el sistema que maneja esta Superintendencia denominado SIT-SANNA, cuyos detalles están consignados en el Título III del Libro VII de este compendio de normas.

D) TRANSFERENCIA DE RECURSOS

Los recursos que se transfieran por concepto de gastos de administración, deben estar acordes y en relación con el plan anual de gastos presentado por cada entidad o institución participante del SANNA. Por otra parte, la Superintendencia podrá ajustar los montos solicitados por cada entidad, si en la fórmula de cálculo, se informan montos que no se encuentran correctamente respaldados por la información financiera entregada a este Organismo Fiscalizador.

Esta Superintendencia dispondrá de un plazo de 10 días hábiles, contados desde la fecha de recepción de la solicitud de recursos mensuales para hacer el traspaso de éstos a la cuenta corriente que cada una de las entidades o instituciones hayan informado oficialmente a este Organismo.

Las entidades e instituciones participantes deben presentar una rendición del gasto realizado y ejecutado, remitiendo en formato electrónico (XML), el Anexo N°7 "Formulario para rendición gasto de administración instituciones pública y entidades privadas" y el Anexo N°8 "Formulario para detallar la rendición del gasto de administración de entidades privadas e instituciones públicas", ambos del Título III del Libro VII de este Compendio. En el caso que los gastos asociados a una factura o similar deban prorrumpirse entre más de un centro de costos, el detalle del porcentaje y los montos asociados a cada uno de ellos, deben ser presentados en formato electrónico (XML), remitiendo el Anexo N°9 "Formulario para prorrumpimiento de gasto con más de un centro de costos para entidades privadas e instituciones públicas", del Título III del Libro VII.

Los montos que se rinden por gastos de administración al Fondo SANNA, no podrán superar, en conjunto, al monto fijado en la Resolución a que se refiere el artículo 39 de la Ley N°21.063, es decir, las entidades que reciben recursos del Fondo SANNA, si corresponde, deben ajustar su rendición a objeto de no superar el monto establecido en la Resolución que fija el presupuesto anual para gastos de administración SANNA. Por tanto, en el Anexo N°8 "Formulario para detallar la rendición del gasto de administración de entidades privadas e instituciones públicas" del Título III del Libro VII de este compendio, se debe informar en el campo "Monto documento" el gasto real realizado, mientras que en el campo "Monto_rendido", se debe consignar la parte de dicho monto que corresponde a gasto SANNA, el cual debe estar ajustado, en su conjunto, a la citada Resolución.

La rendición de gastos mensual debe ser remitida dentro de los primeros quince días del mes siguiente, con firma electrónica avanzada e ingresada al sistema SIT-SANNA que administra esta Superintendencia. El incumplimiento de esta instrucción significará que se suspenderá la transferencia de recursos asociados a solicitudes de gastos de administración SANNA, hasta que se regularicen las rendiciones que se encuentren pendientes.

E) DOCUMENTOS DE RESPALDO DEL GASTO EFECTUADO

Cada entidad o institución debe mantener un expediente con los documentos originales que respalden los gastos efectuados en relación a los gastos de administración. Dicho expediente debe estar a disposición de la Superintendencia para su revisión, en el marco de sus facultades fiscalizadoras.

Todos los comprobantes deben considerar documentación auténtica o la relación y ubicación de ésta, el formato a utilizar será en papel, el cual podrá estar resguardado con una copia electrónica en formato pdf, indicando en el nombre del archivo, el número del ítem gasto al que hace referencia el gasto efectuado.

La información a respaldar debe contener los comprobantes de pago de las transacciones efectuadas: liquidaciones de sueldo de las personas que desarrollan alguna actividad para el SANNA, boletas, facturas y cualquier otro informe o comprobante que respalde fehacientemente el gasto incurrido. En el caso de las instituciones públicas, éstas además deben mantener un informe de funciones por cada uno de los trabajadores que desarrollaron una actividad SANNA, especificando y detallando el trabajo realizado. Asimismo, dichas instituciones, deben remitir mensualmente al sistema SIT-SANNA, el expediente con las copias de los documentos originales que acrediten los gastos efectuados como Gastos de Administración.

F) EXTERNALIZACIÓN DE FUNCIONALIDADES PROPIAS DEL SANNA

Respecto de la externalización de estas funciones, se debe tener presente que la entidad es legalmente responsable por las funciones que delegue, debiendo ejercer un control permanente sobre ellas en concordancia con lo dispuesto en el número 4, del Capítulo V, Letra B, Título IV, del Libro VII, del Compendio de Normas del Seguro Social , de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

Al respecto, la entidad que requiera externalizar o renovar un servicio ya externalizado, para cumplir con funciones propias del seguro SANNA, debe efectuar un análisis de los proveedores y los servicios externalizados de tal forma de contar con elementos que le permitan tomar decisiones respecto de la contratación y monitorear el cumplimiento de estos servicios.

Para efectos de control, la entidad participante del SANNA debe remitir a la Superintendencia de Seguridad Social un informe con el resultado del proceso de externalización, el cual debe contener a lo menos, la identificación de las empresas participantes, el detalle de las cotizaciones que fueron proporcionadas por cada una de ellas, el detalle de los servicios, sus montos y los criterios y conclusiones que determinaron la asignación del servicio.

7. INSTRUCCIONES ESPECIALES SEGÚN LA NATURALEZA DE LA ENTIDAD

A) ENTIDADES DE NATURALEZA PRIVADA

Se consideran como entidades de naturaleza privada a las Mutualidades de Empleadores de la Ley N°16.744, que, además, conforme a la Ley N°21.063, cumplan las funciones de recaudación, pago y administración del SANNA.

a) Cuentas corrientes

Cada entidad que sea receptora de recursos debe contar con una cuenta corriente exclusiva para estos fines e informar a esta Superintendencia, a través de una comunicación formal de su máxima autoridad ejecutiva, el número de la respectiva cuenta corriente y nombre del banco comercial donde recepcionará los recursos. El titular de la cuenta, debe corresponder a la misma razón social del asignatario.

Los eventuales costos de mantenimiento u operación de las cuentas corrientes son de cargo de cada entidad.

Además, mensualmente cada Entidad debe realizar la conciliación bancaria de la cuenta corriente exclusiva. La totalidad de las conciliaciones deben estar disponibles para su revisión y fiscalización, cuando se requiera.

b) Reintegros de recursos

En caso que la Superintendencia de Seguridad Social estime que existe un exceso de recursos transferidos a una entidad participante, éstos deben ser devueltos al Fondo SANNA, disponiendo la entidad participante de un plazo máximo de 10 días hábiles contados desde la fecha de recepción de la comunicación formal para hacer la devolución.

B) INSTITUCIONES DE NATURALEZA PÚBLICA

Se consideran como instituciones de naturaleza pública al Instituto de Seguridad Laboral (ISL), cuando cumpla las funciones de recaudación, pago y administración, a las COMPIN y a la Superintendencia de Seguridad Social, cuando cumplan las funciones establecidas en los artículos 14 y 12 respectivamente, del D.S. N°112, de 2019, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

a) Gestión de Recursos

Cada Institución debe emitir una resolución que designe al Departamento de Administración y Finanzas o su equivalente, como responsable de la gestión de los recursos que se transfieran destinados exclusivamente para financiar los gastos de administración del Seguro SANNA. Es responsabilidad de cada institución remitir a esta Superintendencia la identificación de los responsables de esta función. Cada vez que se produzcan cambios en la identificación de los responsables se debe actualizar esta información mediante comunicación formal.

b) Cuenta Corriente Exclusiva

Las entidades públicas que sean receptoras de recursos, deben contar con una cuenta corriente de uso exclusivo para este fin y desde la cual se desembolsen los recursos necesarios para financiar los gastos inherentes a lo previamente autorizado.

El manejo de las respectivas cuentas corrientes debe cumplir con las instrucciones impartidas por la Contraloría General de la República sobre la materia.

Tratándose de la denominación de las cuentas corrientes de uso exclusivo, éstas deben tener un nombre que identifique claramente el origen y uso de los recursos que en ellas se administran, por lo tanto, se denominarán con la frase "Gastos de Administración SANNA - Nombre de la Institución".

Cada institución debe informar a la Superintendencia de Seguridad Social, a través de una comunicación formal de su máxima autoridad ejecutiva, el nombre del banco comercial, el número de la respectiva cuenta corriente y los datos de todos los giradores autorizados, incluyendo nombre, RUN, cargo que desempeña e información de contacto. Siguiendo el mismo procedimiento, deben además informar toda modificación que afecte a las aludidas cuentas, y remitir las pólizas correspondientes y sus actualizaciones.

c) Registros contables

Las instituciones deben registrar contablemente separados los movimientos de ingreso, egreso y traspaso de recursos según corresponda. Los gastos serán registrados según su naturaleza conforme a lo dispuesto en la Ley de Presupuestos del Sector Público vigente al momento en que se ejecuten los recursos.

Adicionalmente, deben crear un centro de costos para el manejo de los gastos de administración del SANNA y así obtener de forma separada su reportabilidad.

Además, mensualmente cada Institución debe realizar la conciliación bancaria de la cuenta corriente exclusiva. La totalidad de las conciliaciones deben estar disponibles para su revisión y fiscalización, cuando se requiera.

d) Revisión de la rendición de gastos

Esta Superintendencia dispone de un plazo de 30 días corridos, contados desde la recepción de la rendición para aprobar u objetar el informe que dé cuenta de ésta. En caso de objeción, ésta es comunicada por un medio idóneo a la institución correspondiente, solicitando los antecedentes que resulten necesarios para aclarar la discrepancia.
