



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA N° 21.063 “ANEXO 14”

**Junta Nacional de Jardines
Infantiles**

	<p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA</p>	<p>Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 2 de 65</p>
---	---	--

ÍNDICE

Tabla de Responsabilidades	4
Control de Cambios	4
Contenido	4
1 Objetivo	5
2 Alcance	5
3 Responsabilidades	5
4 Terminología	5
5 Documentos aplicables y relacionados	7
6 Desarrollo y Descripción de Procedimientos	8
6.1 Requisitos Generales	9
6.2 Requisitos Específicos	10
7 Acreditación de la Contingencia	12
8 Duración del Permiso	14
9 Modalidad de la Jornada	15
10 Traspaso del Permiso	15
11 Responsabilidad del Funcionario	18
12 Responsabilidad del Empleador	19
13 Causales de Rechazo	19
14 Causales de Modificación	20
15 De la Tramitación del permiso LM.SANNA	20
16 Proceso de Apelación	21
17 Proceso de Pago	22
18 Aplicabilidad del Proceso	25
18.1 Proceso Descentralizado	25
18.2 Tipos de Formularios	27
18.3 Descripción del Llenado Anexo 1 Permiso LM.SANNA	27
18.4 Anexo 2 Informe Complementario	29
18.5 Anexo 3 Carta Aviso	32
18.6 Anexo 4 Zona del Empleador	34
19 Características y documentos de tramitación	48
Código 9 Cáncer	48
Código 10 Trasplante Órgano Sólido	49
Código 11 Trasplante de Órgano Progenitor	50
Código 12 Estado Terminal Fase I	51
Código 13 Estado Terminal Fase II	52
Código 14 Accidente Grave	53

 <p>JUNJI Ministerio de Educación</p> <p>Gobierno de Chile</p>	<p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA</p>	<p>Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 3 de 65</p>
--	---	--

20 Registros	54
21 Anexos	54
- ANEXO A: Formato Formulario Ley SANNA	55
➤ Anexo 1 Formulario LM. permiso SANNA	56
➤ Anexo 2 Informe Complementario permiso SANNA	57
➤ Anexo 3 Carta Aviso traspaso permiso SANNA	58
➤ Anexo 4 Zona de tramitación empleador	59
➤ Anexo 4 Zona de tramitación empleador (continuación)	60
- ANEXO B: Modelo Resolución Exenta	61
- ANEXO C: Carpeta Compartida	65

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA	Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 4 de 65
---	---	---

TABLA DE RESPONSABILIDADES

Actividad		Cargo/Función	Nombre
Modificación		Profesional	María Soledad Díaz Castillo
Revisión	Técnica	Encargada de Licencias Médicas	María Soledad Díaz Castillo
	Normativa		
	Regional		
	Editorial	Encargada Sección Administración de Personal	Carolina Aguilera Espinoza
	Jurídica		
Aprobación		DIRECTOR DE GESTION Y DESARROLLO DE PERSONAS	EMILIO VALENZUELA DE RODT

CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción de cambios
01	01/07/2018	• “Versión Inicial”.

CONTENIDO

1.	OBJETIVO.....	5
2.	ALCANCE	5
3.	RESPONSABILIDADES	5
4.	TERMINOLOGÍA.....	5
5.	DOCUMENTOS APLICABLES	7
6.	DESARROLLO/ DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.....	8
7.	REGISTROS	54
8.	ANEXOS	54

	<p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA</p>	<p>Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 5 de 65</p>
---	---	--

1. OBJETIVO

Se busca la necesidad de uniformar los procesos que deberán ajustarse las Oficinas de Licencias Médicas Regionales, Provinciales y Jardines Sedes, para alcanzar mayor eficacia, eficiencia y agilidad en la tramitación de los Formularios de licencia médica SANNA, y otros documentos anexos para su tramitación.

2. ALCANCE

El alcance de los procedimientos realizados a nivel nacional será aplicable, para la supervisión, control, normalización y estandarizar las acciones tendientes a lograr una óptima aplicabilidad de la Ley SANNA en los actos administrativos que los funcionarios/as realizarán para el acompañamiento de sus hijos/as.

3. RESPONSABILIDADES

PROVEEDORES	USUARIOS	CLIENTES
Funcionario y Funcionarias de la Dotación, Entidades de Salud previsional Direcciones Regionales Oficina de Licencias Médicas, Oficinas Provinciales, Jardines Sedes y Oficina de Partes.-	Encargados de la Oficina de Licencias Médicas, Oficina de Partes del nivel nacional desde la I a la XVI Región, Dirnac, Jardines Infantiles y Oficinas Provinciales.	Funcionarios y Funcionarias de la Dotación, las Oficina de Licencias Médicas, Oficinas de Partes a nivel Nacional, Entidades de Salud, Oficinas Provinciales y Jardines Sedes.-

4. TERMINOLOGÍA

SANNA: Seguro para el acompañamiento de niños y niñas afectados por determinadas contingencias.

Formulario de Licencia Médica: Es el formulario impreso en papel o materializado a través de documentos electrónicos que registrará todas las certificaciones, resoluciones y autorizaciones que procedan. El llenado de su contenido será responsabilidad del profesional que la emite, del empleador o del trabajador dependiente.

Reglamento de Licencia Médica: Se refiere al D.S. N°3 de 1984 y sus modificaciones “Reglamento de Autorización de Licencias Médicas por las COMPIN e Instituciones de Salud Previsional”.

	<p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA</p>	<p>Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 6 de 65</p>
---	---	--

Licencia Médica electrónica: El inciso 1° del Artículo 3° de la Resolución Exenta N° 608 de la Subsecretaría de Salud Pública, de fecha 6 de diciembre de 2006, señala:

"Se entenderá por Licencia Médica Electrónica aquella otorgada y tramitada a través de un documento electrónico, en los términos señalados en la ley N° 19.799 y su normativa complementaria, y con arreglo a lo dispuesto en el decreto N° 3, por lo que tiene igual efecto jurídico, validez y fuerza obligatoria que la otorgada en formulario de papel, en virtud de lo cual no se puede generar ningún tipo de discriminación entre ellas, ni establecer gravamen o costo alguno para el trabajador".

COMPIN: Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, encargada de efectuar las evaluaciones médicas y beneficios de protección social.

SUSESO: Superintendencia de Seguridad Social

ISAPRES: Instituciones de Salud Previsional

LM: Licencia Médica

CAUSANTE: Son causantes del beneficio los niños y niñas mayores de un año y menores de 15 o 18 años de edad, afectados por una condición grave de salud, debidamente calificada dentro de algunas de las contingencias protegidas, establecidas en el artículo 7° de la Ley N° 21.063.

CONTINGENCIAS PROTEGIDAS: Constituyen una condición grave de salud de acuerdo a la siguiente clasificación:

- a) Cáncer
- b) Trasplante de órgano sólido y de progenitores hematopoyéticos
- c) Fase o estado terminal de la vida
- d) Accidente grave con riesgo de muerte o de secuela funcional grave y permanente

SIL: Subsidio de incapacidad laboral, monto del beneficio pecuniario al que puede acceder el trabajador con LM autorizado y que reúna los requisitos previsionales establecidos en la normativa legal.

Prescripción del derecho a cobro del subsidio: De acuerdo con el inciso segundo del artículo 155 del DFL N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, el derecho a impetrar el subsidio por incapacidad laboral prescribe en seis meses desde el término de la respectiva licencia médica. Tratándose de licencias médicas continuadas, es decir sin solución de continuidad y por el mismo diagnóstico, el plazo de prescripción se cuenta desde el término de la última de ellas.

Caducidad de documento de pago: Conforme lo establecido el artículo 23 del DFL 707, de 1982, del Ministerio de Justicia, que fija las normas sobre cuentas corrientes bancarias y cheques, el portador de un cheque deberá presentarlo a cobro dentro del plazo de 60 días, contados desde su fecha, si el librado estuviere en la misma plaza de su emisión, y dentro de 90 días, si estuviere en otra.

 <p>JUNJI Ministerio de Educación</p> <p>Gobierno de Chile</p>	<p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA</p>	<p>Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 7 de 65</p>
--	---	--

Contraloría Médica: unidad de apoyo médico, su función es participar en la evaluación técnica de los casos, controlar el correcto uso de la LM y el otorgamiento del SIL y verificación de las declaraciones contenidas en las certificaciones médicas.

Dirnac: Dirección Nacional de la Junta Nacional de Jardines Infantiles.

JUNJI: Junta Nacional de Jardines Infantiles.

ACHS: Asociación Chilena de Seguridad.

5. DOCUMENTOS APLICABLES O RELACIONADOS

FORMULARIO LICENCIA MÉDICA SANNA

- Ley N° 21.063 de fecha 30-12-2017. Ministerio el Trabajo y Previsión Social “Crea un Seguro para e acompañamiento de Niños y Niñas que padezcan las enfermedades que indica, y modifica el Código del Trabajo para estos efectos”
- D.S. N° 3, de 1984, Ministerio de Salud, APRUEBA REGLAMENTO DE AUTORIZACIÓN DE LICENCIAS MÉDICAS POR LAS COMPIN E INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL.
- Ley N°19.628, sobre protección de la vida privada respecto a los datos de carácter personal. -
- Código del Trabajo
- Ley N° 16.744 Régimen del Seguro/Normas de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales
- Ley N° 19.966 y sus reglamentos, Garantías Explícitas
- Ley N° 19.451 Normas sobre trasplantes donaciones de órganos
- Decreto Ley 3.500/80
- D.F.L N° 44/78, Normas de Subsidios por Incapacidad

LICENCIA MÉDICA ELECTRÓNICA:

- Ley N° 19.799 del 2002, “SOBRE DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS, FIRMA ELECTRONICA Y SERVICIOS DE CERTIFICACIÓN DE DICHA FIRMA”.
- Circular N° 2338 del 01-12-2006 de la SUSESO, “Imparte Instrucciones sobre el Otorgamiento y Tramitación de la Licencia Médica Electrónica”.
- Resolución Exenta 608 del 2006, Ministerio de Salud “Establece normas para el otorgamiento y tramitación de la Licencia Médica Electrónica”. –

	<p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA</p>	<p>Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 8 de 65</p>
---	---	--

6. DESARROLLO/ DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO



Imagen de la SUSESO

Naturaleza del beneficio y beneficiarios:

Se trata de un Seguro Obligatorio que permite al padre y a 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 mayores de un año y menores de 15 o 18 años de edad**, según corresponda, cuando estén afectados por una condición grave de salud, durante el período de tratamiento o recuperación o en la fase o estado terminal de la vida. En este período el trabajador o trabajadora que reúna determinados **requisitos de afiliación y cotizaciones recibirá un subsidio que reemplazará su remuneración mensual, financiada con cargo al Seguro**.

La afiliación de un(a) trabajador(a) al Seguro se entenderá efectuada por el solo ministerio de la ley, cuando éste se incorpore al régimen del Seguro de la Ley N° 16.744, que establece normas sobre accidente del trabajo y enfermedades profesionales, para el personal de la JUNJI se encuentran afiliados a la **Asociación Chilena de Seguridad (ACHS)**.

También serán beneficiarias las personas que, tengan a su cargo el **cuidado personal otorgado por Resolución Judicial** de un niño o niña mayor de un año y menor de 15 o 18, según corresponda, afectado o afectada por una condición grave de salud según lo establecido en el artículo 7° de la Ley N° 21.063.-

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA	Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 9 de 65
---	---	---

Personas protegida por el Seguro:

- Los funcionarios y funcionarias 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.
- Los trabajadores y trabajadoras independientes a que se refieren los artículos 89, inciso primero y 90, inciso tercero, del decreto ley N° 3.500 de 1980, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. (Honorarios que cumplan con todos los requisitos establecidos en el artículo 5° de la Ley 21.063)
- El trabajador o trabajadora temporal cesante, debiendo entenderse por tal aquella cuya última cesantía haya sido por el término de un contrato a plazo fijo o por obra, trabajo o servicio determinado, que cumpla con los requisitos previstos en el artículo 6° de la Ley N° 21.063.-

		Edades límites de Cobertura según la contingencia protegida		
CAUSANTE	Son Causante del beneficio los niños y niñas	mayores 1 año	menores 15 años	menores 18 años
CONTINGENCIAS PROTEGIDAS	Constituyen una condición grave de salud			
Condiciones graves	a) Cáncer	X	X	X
Condiciones graves	b) Trasplante de órganos sólido y de progenitores hematopoyéticos	X	X	X
Condiciones graves	c) Fase o estado terminal de la vida	X	X	X
Condiciones graves relativa	d) Accidente grave con riesgo de muerte o de secuela funcional grave y permanente	X	X	
Nota:	Las LM otorgada por un niño o niña cuya edad SUPERE los límites ya señalados serán	RECHAZADAS		
	La LM que se otorgue no podrá exceder del día previo al cumplimiento de los 15 o 18 años , según corresponda, por lo que si excede de esa fecha deberá ser	REDUCIDA		
	Para efectos de verificar el parentesco entre el o la causante y el o la beneficiaria(o) así como la edad del niño o niña, la Compín o el Departamento de Coordinación Nacional de COMPIN, según corresponda, deberá acceder al Sistema de Consulta de Datos que para estos efectos pondrá a su disposición la SUSESO	SIAGF		

6.1 Requisitos Generales:

- El trabajador o trabajadora debe estar afiliado(a) a este Seguro, afiliación que se entenderá efectuada por el sólo ministerio de la ley cuando éste se incorpore al régimen del seguro de la Ley N° 16.744, que establece norma sobre accidente del trabajo y enfermedades profesionales.
- Contar con una licencia médica emitida por el médico tratante del o la menor, junto con los demás documentos y certificaciones que correspondan, conforme al número 3 de la Circular N° 3346 de la SUSESO.

 <p>JUNJI Ministerio de Educación</p> <p>Gobierno de Chile</p>	<p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA</p>	<p>Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 10 de 65</p>
--	---	---

6.2 Requisitos específicos según la calidad jurídica del trabajador o trabajadora:

➤ **Trabajador y trabajadora dependiente**

- Tener relación laboral vigente a la fecha de inicio de la licencia médica.
- El trabajador o trabajadora del Sector Público, la entidad pública empleadora deberá presentar un certificado en que se señale la vigencia del vínculo a la fecha de inicio de la primera licencia médica.
- Registrar a lo menos 8 cotizaciones previsionales mensuales, continuas o discontinuas, en los últimos 24 meses anteriores a la fecha de inicio de la LM.
- Las 3 últimas cotizaciones más próximas a la fecha de inicio de la LM deberán ser continuas.
- El empleador deberá acompañar un certificado de las cotizaciones previsionales de los 24 meses anteriores al inicio de la LM.

➤ **Trabajador y trabajadora independiente (Honorarios)**

- Acreditar que desempeña una actividad que el genera ingresos, conforme a las instrucciones impartidas en la Circular N° 1979, de 25 de febrero de 2002, de la SUSESO.
- Presentar copias de las declaraciones mensuales de impuesto a la renta, impuesto valor agregado.
- Boletas de Honorarios
- Contar a lo menos, con 12 cotizaciones previsionales mensuales.
- Pago del Seguro de la Ley de Accidentes Laborales y Enfermedades Profesionales, de pensión y de salud y del Seguro SANNA, continuas o discontinuas, en los últimos 24 meses anteriores al inicio de la LM.
- Las 5 últimas cotizaciones más próximas al inicio de la LM deberán ser continuas.
- El trabajador o trabajadora independiente deberá acompañar un certificado de las cotizaciones previsionales de los 24 meses anteriores al inicio de la licencia médica.

 <p>JUNJI Ministerio de Educación</p> <p>Gobierno de Chile</p>	<p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA</p>	<p>Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 11 de 65</p>
--	---	---

- Encontrarse al día en el pago de las cotizaciones para pensiones, salud, el seguro de la Ley N° 16.744 y para el Seguro contemplado en esta Ley, lo cual debe ser acreditado por el trabajador mediante la presentación de las planillas de pago de cotizaciones del mes anterior al inicio de la LM.
- De conformidad con el artículo 6° transitorio de la Ley 21.063, si para el cumplimiento de **requisito de cotizaciones de los trabajadores independientes se requiere considerar meses anteriores a abril de 2017, se entenderá cumplido dicho requisito para cada mes en que se hayan pagado las cotizaciones previsionales** a las que haya estado obligado dicho trabajador o trabajadora, de acuerdo con la Ley N° 20.894. Así, en caso que el trabajador o trabajadora independiente **registre solamente cotizaciones de salud en los meses anteriores a abril de 2017, se entenderá cumplido este requisito.**

➤ **Trabajador o trabajadora temporal cesante**

- Tener 12 o más meses de afiliación previsional con anterioridad a la fecha de inicio de la LM, para lo cual deberá presentar el certificado de afiliación respectivo.
- Registrar, a lo menos 8 meses de cotizaciones previsionales mensuales, continuas o discontinuas, en calidad de trabajador o trabajadora dependiente, en los últimos 24 meses anteriores a la fecha de inicio de la LM, debiendo acompañar el certificado de cotizaciones de los últimos 24 meses.

- Las 3 últimas cotizaciones registradas dentro de los 8 meses anteriores al inicio de la LM deberán haberse efectuado en virtud de un contrato a plazo fijo o por obra, trabajo o servicio determinado, debiendo adjuntar copia del contrato respectivo, en caso de JUNJI corresponde el acto administrativo (Resolución de contrato y/o nombramiento)

➤ **Trabajador o trabajadora en situaciones especiales**

- Trabajador o trabajadora que tenga a su cargo el cuidado personal del o la menor causante del beneficio, otorgado por Resolución Judicial deberá, además de presentar los documentos anteriormente señalados, **adjuntar copia autorizada de la Resolución Judicial del Tribunal que concede el cuidado personal del menor**

	<p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA</p>	<p>Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 12 de 65</p>
---	---	---

7. ACREDITACIÓN DE LA CONTINGENCIA Y ANTECEDENTES REQUERIDOS

Cáncer	Médico tratante deberá otorgar una Licencia Médica
---------------	--

Médico tratante deberá complementar con el "Informe Complementario SANNA"

Trasplante de Órganos Sólido	Médico tratante deberá otorgar una Licencia Médica
-------------------------------------	--

Médico tratante deberá complementar con el "Informe Complementario SANNA"

En los casos en que no se haya efectuado el trasplante se deberá acompañar un certificado emitido por la Coordinadora Nacional de Trasplante

Trasplante de	Médico tratante deberá otorgar una Licencia Médica
----------------------	--

Progenitores	Médico tratante deberá complementar con el "Informe Complementario SANNA"
---------------------	---

 <p>JUNJI Ministerio de Educación</p> <p>Gobierno de Chile</p>	<p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA</p>	<p>Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 13 de 65</p>
--	---	---

Estado Terminal

Médico tratante deberá otorgar una Licencia Médica

Médico tratante deberá complementar con el "Informe Complementario SANNA"

Informe escrito favorable emitido por el Director del área médica del prestador Institucional de Salud respectivo.

Los tratamientos destinado al alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado, se requerirá además incluir la patología que se encuentra dentro de las Garantías Explícitas.

Accidente Grave

Médico tratante deberá otorgar una Licencia Médica

Médico tratante deberá complementar con el "Informe Complementario SANNA"

8. DURACIÓN DEL PERMISO

90 días corridos

☐ **CANCER**

- ☐ Período de 15 días
- ☐ Desde el inicio de la primera licencia médica, usado por dos período continuos
- ☐ En un período de 12 meses
- ☐ Mismo diagnóstico

90 días

☐ **TRASPLANTES**

- ☐ Períodos de 15 días
- ☐ Desde el inicio de la primera licencia médica en forma continua o discontinua
- ☐ En un período de 12 meses
- ☐ Trasplantes de órgano sólido y de progenitores hemotopoyéticos.

45 días

☐ **ACCIDENTE GRAVE**

- ☐ Períodos de 15 días
- ☐ Contados desde el inicio de la primera licencia médica, forma continua o discontinua
- ☐ Se otorgará a partir del décimo primer día luego de ocurrido el accidente.
- ☐ Accidente grave con riesgo de muerte o de secuela funcional grave y permanente
- ☐ Sólo se podrá traspasar hasta dos tercios del período total del permiso
- ☐ Tendrá derecho a subsidio hasta el término del período indicado en la licencia médica

60 días

☐ **FASE O ESTADO TERMINAL**

- ☐ Período intermedio, desde entrada en vigencia de la Ley y hasta fines del año 2019
- ☐ Contados desde el inicio de la primera licencia médica.
- ☐ Sólo en la cobertura de los cuidados paliativos por cáncer avanzado y las licencias

	<p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA</p>	<p>Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 15 de 65</p>
---	---	---

9. MODALIDAD DE LA JORNADA COMPLETA O PARCIAL

9.1 JORNADA COMPLETA

La licencia médica se otorgará por **períodos de hasta 15 días**, pudiendo ser prorrogada por períodos iguales, en forma continua o discontinua. La suma de los días correspondiente a cada licencia no podrá exceder de los plazos establecidos:

- Cáncer 90 días
- Trasplantes 90 días
- Accidente Grave 45 días
- Fase terminal 60 días

9.2 JORNADA PARCIAL

En los casos de Cáncer, Trasplante y Fase o Estado Terminal de la vida, las licencias médicas otorgadas en jornada parcial podrán tener una **duración de hasta 30 días cada uno**.

En los casos de accidente grave o de secuela funcional grave y permanente, las licencias médicas otorgadas en jornada parcial podrán tener un **duración de hasta 15 días**.

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

- Cáncer 90 días Jornada Completa = 180 días Jornada Parcial
- Trasplantes 90 días Jornada Completa = 180 días Jornada Parcial
- Accidente Grave 45 días Jornada Completa = 90 días Jornada Parcial
- Fase terminal 60 días Jornada Completa = 120 días Jornada Parcial

10. TRASPASO DEL PERMISO ENTRE BENEFICIARIOS

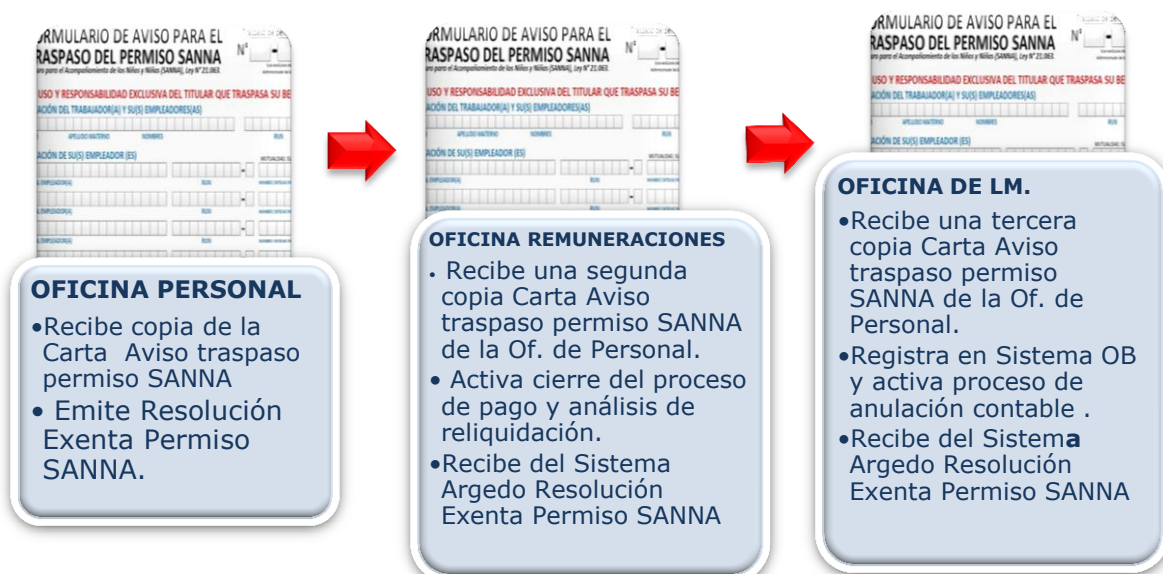
Para que opere el traspaso del permiso entre los beneficiarios se requieren las siguientes condiciones:

- La madre como el padre del niño o niña causante del beneficio sean trabajadores con derecho a las prestaciones de la Ley SANNA.
- Cualquiera de los padres que sea titular del beneficio podrá traspasar al otro **hasta el total del período máximo de permiso** que le corresponde, salvo en caso de **accidente grave o de secuela funcional grave y permanente, en que sólo podrán traspasarse hasta dos tercios del permiso**.

 <p>JUNJI Ministerio de Educación</p> <p>Gobierno de Chile</p>	<p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA</p>	<p>Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 16 de 65</p>
--	---	---

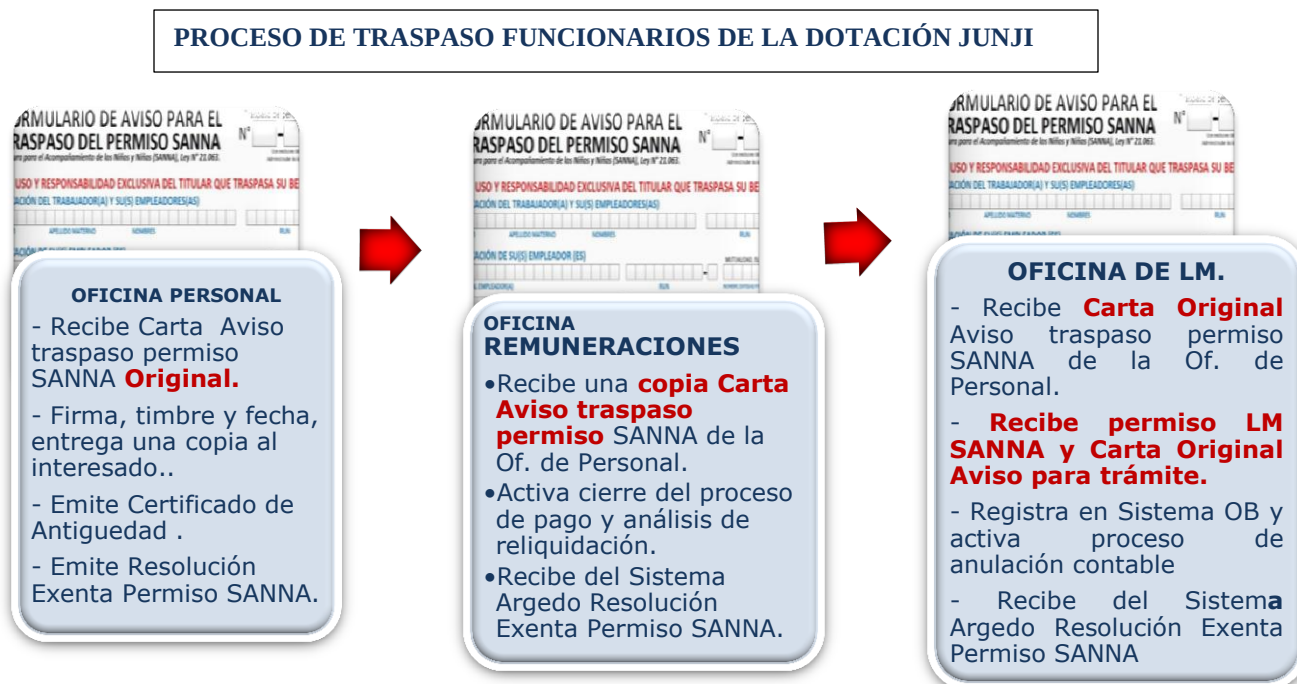
- El traspaso de los días de permiso sólo podrá **hacerse efectivo una vez finalizado el período total de días del permiso de que es titular** el trabajador o trabajadora a quien se le traspasa, según sea la contingencia cubierta.
- La disposición transitoria para los casos de tratamiento destinados al alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado, hasta el 31 de diciembre de 2019, cuando ambos padres sean trabajadores con derecho a las prestaciones del seguro, **cualquiera de ellos podrá traspasar al otro hasta el total del período máximo de permiso que le corresponda, esto es hasta 60 días.**
- Para el traspaso de los días de permiso, se deberá realizar hasta **5 días hábiles anteriores al término de la totalidad de días de permiso que la Ley N° 21.063** le asigna al padre o la madre, éste(a) deberá presentar a su empleador una carta en que el otro progenitor le traspasa en derecho el beneficio. (Formulario sitio web www.suseso.cl / www.infocompin.cl)
- El empleador deberá timbrar y fechar dicha carta, entregándola copia al trabajador o trabajadora, guardando el original, el que será remitido a la COMPIN en conjunto con la primera licencia médica que hace uso de los días traspasados.
- En relación al punto anterior, las funcionarias/os que opten por traspasar a su cónyuge el cual es trabajador de otra Institución y/o área Privada, deberá presentar copia de la carta firmada y timbrada por dicho empleador, en atención que se activarán los siguientes procesos:

PROCESO DE TRASPASO POR OTRO SERVICIO Y/O INSTITUCIÓN PRIVADA



 <p>JUNJI Ministerio de Educación</p> <p>Gobierno de Chile</p>	<p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA</p>	<p>Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 17 de 65</p>
--	---	---

- Para aquellos casos que el padre y la madre son funcionarios de la dotación (JUNJI), quien realice el traspaso del permiso deberá presentar la carta original a la Institución, donde se activarán los siguientes procesos:



La COMPIN una vez recepcionado el Permiso Licencia Médica SANNA y Carta Aviso Original remitirá ésta última a la Entidad pagadora de subsidio ACHS del padre o la madre que hará uso de los días del permiso traspasado, junto a los antecedentes que den cuenta de la autorización del beneficio.

 <p>JUNJI Ministerio de Educación</p> <p>Gobierno de Chile</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA</p>	<p>Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 18 de 65</p>
---	--	---

10.1 Regla especial de uso del permiso para el padre, madre o tercero que tenga el cuidado personal por Resolución Judicial.

- En los casos que el padre y la madre sean trabajadores con derecho a las prestaciones del Seguro y uno de ellos el cuidado personal del niño o niña otorgado por Resolución Judicial, este último tendrá derecho a la totalidad del período de permiso que corresponde a ambos padres. En estos casos no se requerirá la carta de autorización del padre o madre que no tiene el cuidado personal.
- **Sin perjuicio de lo anterior, el padre o madre que tenga el cuidado personal del niño o niña podrá traspasar los días de permiso que le corresponden al otro (padre o madre), para lo cual deberá utilizar el formulario ubicado en el sitio WEB.** (Formulario sitio web www.suseso.cl / www.infocompin.cl)
- Cuando el cuidado personal del niño o niña lo tenga un **tercero** distinto del padre o madre, otorgado por Resolución Judicial y que cumpla con los requisitos habilitantes del Seguro, solo 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 solo de su propio período de permiso.**
- En todos los casos indicados (TERCERO), el tercero no podrá traspasar ningún día de permiso al padre o madre del menor, aunque tenga los requisitos para acceder al beneficio de la Ley SANNA.

11. Responsabilidad del Funcionario:

- Revisar todos los datos escritos en el formulario de la Licencia Médica SANNA que estén correctos y firmar el formulario de la Licencia Médica SANNA.
- Tramitar la licencia médica en los plazos legales de 3 días hábiles desde que se inicia el permiso.
- Tramitar la Licencia Médica SANNA en la Oficina de Partes de cada Dirección Regional desde la I a XVI Región, Dirnac, Sedes Provinciales y Jardines Infantiles autorizados.
- Notificar al empleador del estado de su licencia médica.
- Los funcionarios/as, que solicite P.S.G.R., deberán pagar sus cotizaciones y presentar fotocopia a la Oficina de Licencias Médicas, para computar los períodos que establece la Ley. –

	<p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA</p>	<p>Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 19 de 65</p>
---	---	---

- Adjuntar los documentos establecidos en la Ley de acuerdo a los requisitos por patologías establecidas en la Ley.
- Los funcionarios en Comisión de Servicio deben tramitar su licencia médica en la Institución (JUNJI) y no en el Servicio donde está ejerciendo su Comisión de Servicio.

12. Responsabilidad del Empleador:

- El empleador no tiene facultades para cuestionar una licencia médica ni devolverla al trabajador, aunque esté incompleta. **Su deber es recibir la licencia médica y tramitarla ante la COMPIN, previo llenado de los antecedentes de su responsabilidad.**
- Sólo la COMPIN tiene la facultad de rechazar una licencia médica.
- Tramitar la licencia médica dentro de los plazos establecidos por la Ley.
- Realizar el proceso de notificación cuando las licencias médicas están rechazadas/reducidas.
- Validar de acuerdo a las patologías los requisitos y documentos adjuntos que deberá presentar el funcionario.
- Emitir Planilla de Cálculo, ingresar al Sistema de Licencias Médicas, codificar el estado de la LM, ejecutar los procesos contables.

13. Causales de Rechazo.

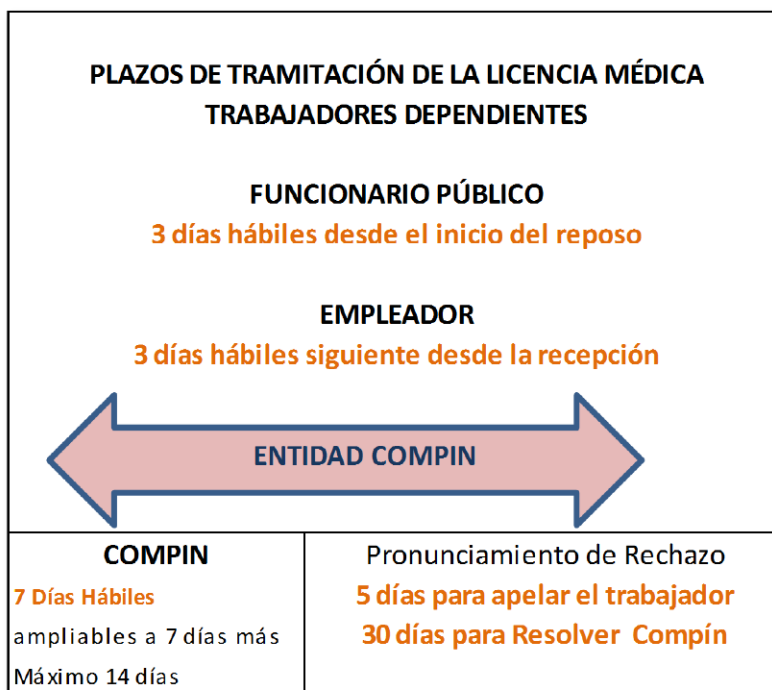
- Patología no cubierta por el Seguro.
- Contingencia y/o acreditación no se encuentra vigente.
- Causante menor a 1 año de vida.
- Causante supera edad límite de cobertura del Seguro.
- Presentación fuera de plazo al empleador o Comisión de Medicina Preventiva e invalidez.
- No acreditación de la calidad de trabajador o trabajadora independiente.
- Enmendadura de la licencia médica o formulario de solicitud del Seguro.
- Realización de trabajo remunerado o no, durante el período de permiso.
- No cumplir con los requisitos señalados en los artículos 5° y 6° de la Ley N° 21.053, según corresponda, los detalles de estos requisitos se encuentran descritos en el punto 6.2.
- 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 remuneraciones, según corresponda.

 <p>JUNJI Ministerio de Educación</p> <p>Gobierno de Chile</p>	<p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA</p>	<p>Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 20 de 65</p>
--	---	---

14. Causales de modificación

- Cuando le queden al beneficiario menos días de permiso que los que le entrega el médico tratante en la licencia médica.
- Cuando los días otorgados exceden del día anterior al cumplimiento de la edad de 15 o 18 años.
- Haberse otorgado por un número superior a 15 días de reposo por jornada completa, tratándose de las contingencias del artículo 7° letra a), b) y c) de la ley, o superior a 30 días en reposo por jornada parcial.
- Haberse otorgado por un número superior a 15 días, tratándose de la contingencia del artículo 7° letra d), sea por reposo por jornada total o parcial.
- Haber sido emitida en razón de accidente grave con secuela funcional grave y permanente, antes del undécimo día de ocurrido el accidente, la Comisión de Medicina Preventiva e invalidez deberá reducir esta licencia médica, autorizándose a contar del día siguiente.

15. De la Tramitación de la Licencia Médica SANNA



 <p>JUNJI Ministerio de Educación</p> <p>Gobierno de Chile</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA</p>	<p>Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 21 de 65</p>
---	--	---

16. Proceso de Apelación

- La Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez dispondrá de un plazo de **7 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 7 días hábiles**, de lo que deberá existir constancia. De no ser pronunciada la licencia médica por la COMPIN dentro de estos plazos, se entenderá **APROBADA**.
- En casos de ser rechazada o modificada la licencia médica, la COMPIN deberá informar al trabajador/a, **que cuenta con un plazo de 5 días hábiles** para interponer un recurso de reposición ante la misma, acompañando los antecedentes según corresponda.
- La COMPIN tendrá un plazo **no superior a 30 días hábiles para resolver**.
- De mantener el rechazo la COMPIN, deberá notificar al trabajador/a, quien tiene un plazo de 30 hábiles siguientes a la notificación de rechazo o modificación del permiso para iniciar el proceso de apelación a la SUSESO.
- La apelación deberá ingresar de preferencia en forma electrónica (WEB) o a través de cualquier de los canales de atención de la SUSESO.
- Los antecedentes que deberá acompañar son los siguientes:
 - Copia de la Licencia Médica SANNA
 - Copia de la Resolución Médica de Rechazo o modificación
 - Certificado de Cotizaciones
 - Copia Carta de Aviso de Traspaso del permiso
 - Y otros antecedentes que sirva de fundamento para el pronunciamiento.
- La SUSESO tiene la facultad de solicitar mayores antecedentes a las Entidades de la Compín, Mutualidades y al Instituto de Seguridad Laboral, según corresponda quienes deberán responder en un plazo de **5 días hábiles siguientes al requerimiento**.
- **Las funcionarias/os, de la Institución, tienen el derecho de apelar a la SUSESO en contra de la Entidad Pagadora por el monto del subsidio pagado, en el plazo de 30 días hábiles siguientes a la fecha de cobro del subsidio, adjuntando los documentos señalados en el punto anterior.**
- **De existir un proceso de rechazo y/o reducida se aplicará el Anexo 13 Manual de Proceso de Notificación y Reintegros, en el caso que la Institución reciba notificación de la ACHS, para reintegrar valores devengados por la Entidad indicada.**

 <p>JUNJI Ministerio de Educación</p> <p>Gobierno de Chile</p>	<p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA</p>	<p>Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 22 de 65</p>
--	---	---

17. Proceso de pago

- El Departamento de Coordinación Nacional de la Compín o la COMPIN, respectiva, según corresponda, deberá notificar electrónicamente a la Entidad Pagadora de subsidio del trabajador/a, informada en el documento "Informe Complementario SANNA", la autorización del permiso para efectos del pago del subsidio respectivo.
- **Para el trabajador/a de la Junta Nacional de Jardines Infantiles, la COMPIN deberá enviar la autorización de pago y nóminas a la ASOCIACIÓN CHILENA DE SEGURIDAD, quien será la responsable de pagar dicho subsidio.**
- La trabajadora/o, tiene el derecho a impetrar el subsidio por incapacidad laboral en **un plazo de 6 meses desde el término de la respectiva licencia médica.**
- Tratándose de licencias médicas continuadas, es decir sin solución de continuidad y por el mismo diagnóstico, el plazo de prescripción se cuenta desde el término de la última de ellas.
- En aquellos casos por caducidad del documento de pago, éste se registrará en conformidad del artículo 23 del DFL 707 de 1982, del Ministerio de Justicia, que fija las normas sobre cuentas corrientes bancarias y cheques, el portador de un cheque deberá presentarlo a cobro dentro del plazo de 60 días, contados desde su fecha, si el librado estuviere en la misma plaza de su emisión y dentro de 90 días si estuviere en otra plaza.
- **Incompatibilidades:**
 - 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 de enfermedad grave del hijo menor de un año, u se suspenderán por estas causas. Asimismo, el uso de feriado legal o permiso con o sin goce de remuneraciones en su caso.
 - El uso del Seguro se hará efectivo una vez finalizado los permisos o descansos señalados en el párrafo anterior.
 - La COMPIN, previo a resolver la licencia médica SANNA, deberá revisar la información proporcionada por el empleador, pronunciándose, según corresponda, sin perjuicio que pueda solicitar mayor información al respecto.

	<p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA</p>	<p>Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 23 de 65</p>
---	---	---

- De conformidad a lo dispuesto en el artículo 22, inciso final de la Ley N° 21.63, también se podrán efectuar los pagos a través de convenios con otras instituciones y organismos públicos o privados, sin perjuicio de las responsabilidades inherentes a su condición de entidades pagadoras de subsidio SANNA.
- En relación al punto anterior, el Departamento de Gestión y Desarrollo de Personas realizó una reunión con la Asociación Chilena de Seguridad para gestionar Convenio de Pago, pero señalaron que no es factible ante consulta realizada por dicha entidad, se adjunta respuesta de dicha gestión:

 <p>JUNJI Ministerio de Educación</p> <p>Gobierno de Chile</p>	<p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA</p>	<p>Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 24 de 65</p>
--	---	---

INFORMACIÓN CLAVE

FORMA DE PAGO LEY SANNA



Estimado(a),

En consideración de las dudas y consultas respecto a **la forma de pago de las licencias asociadas a la ley SANNA**, y en particular para todas nuestras entidades afiliadas del sector público y aquellas con quienes tenemos convenios de pago de prestaciones económicas vigentes, hemos realizado las averiguaciones y consultas respectivas, estableciéndose que, de acuerdo con la normativa legal vigente y lo instruido recientemente por la Superintendencia de Seguridad Social, SUSESO, **es exclusivamente la entidad pagadora del subsidio**, esto es, los Organismos Administradores de la Ley Nº 16.744, quienes están habilitados para efectuarlo.

De acuerdo con lo anterior, no es procedente que las entidades públicas empleadoras o aquellas entidades empleadoras del sector privado, que tengan suscritos convenios de pago para efectos del subsidio por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, repliquen esta modalidad para efectos del pago del subsidio de la Ley SANNA.

Lo anterior es una directriz que emana de la normativa legal y no de las mutualidades. De todas formas, ante cualquier consulta adicional sobre la materia, le agradeceremos contactar a nuestro Call Center 600 600 22 47.

APORTE DEL FINANCIAMIENTO			
Cotizaciones/Períodos	T.Cotiz.	Mutuales	Ley SANNA
01-04-2017 al 31-12-2017	0.05	0.04	0.01
01-01-2018 al 31-12-2018	0.03	0.015	0.015
01-01-2019 al 31-12-2019	0.03	0.01	0.02
01-01-2020 en adelante	0.03	0	0.03
Datos obtenidos en ACHS			

 <p>JUNJI Ministerio de Educación</p> <p>Gobierno de Chile</p>	<p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA</p>	<p>Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 25 de 65</p>
--	---	---

18. APLICABILIDAD DEL PROCESO

18.1 Proceso Descentralizado:

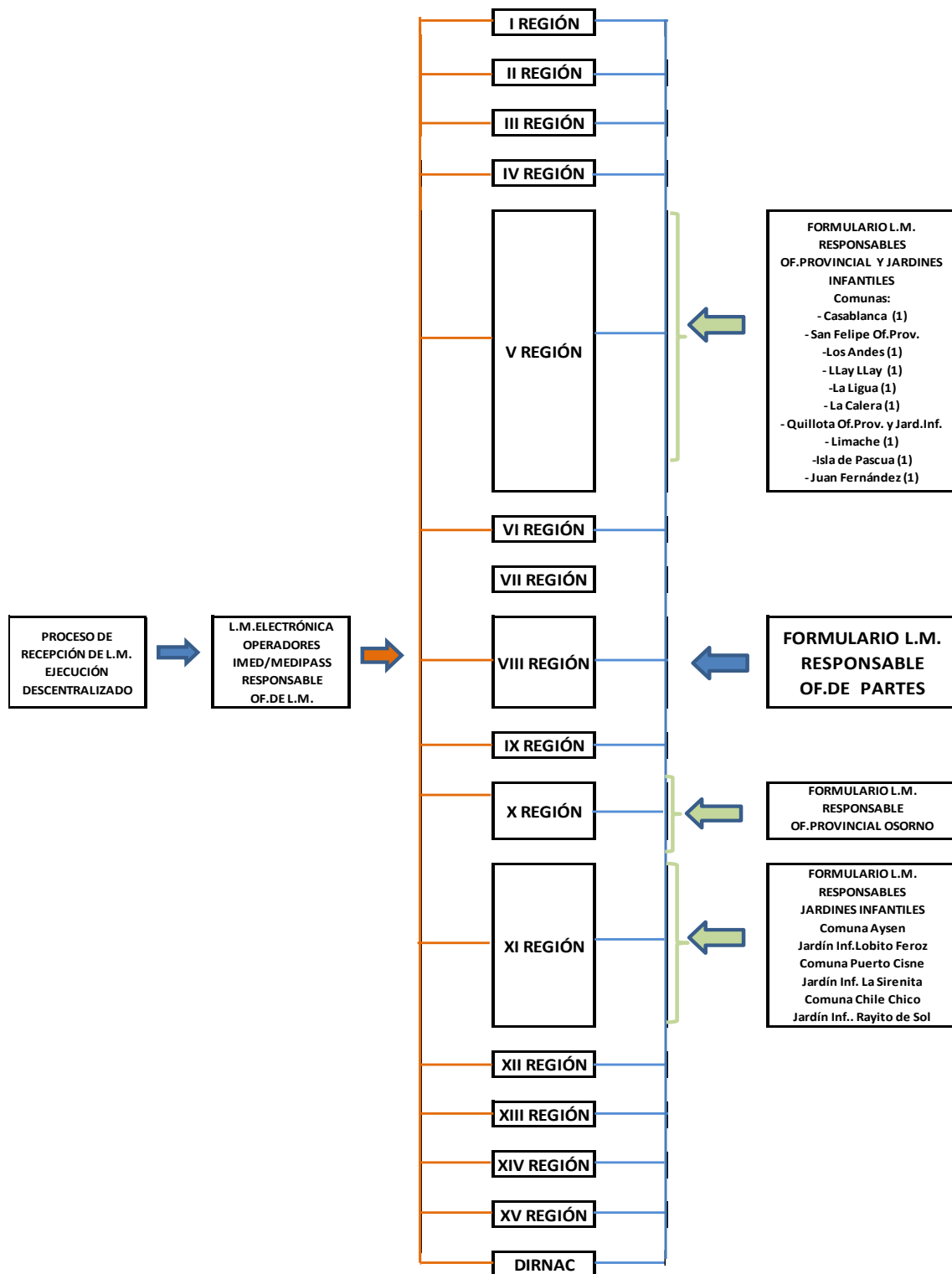
El proceso de tramitación del formulario de la licencia médica y licencia médica electrónica se realizará en forma descentralizada de acuerdo al siguiente flujo representativo de los procesos a ejecutar.

➤ CÓDIGOS TIPOS DE LICENCIAS MÉDICAS Y PERMISOS:

- 1 Enfermedad o Accidente Común.
- 2 Prorroga Medicina Preventiva
- 3 Licencia Maternal Pre y Post-natal
- 4 Enfermedad grave hijo menor de un año
- 5 Accidente de trabajo o del trayecto
- 6 Enfermedad Profesional
- 7 Patología del Embarazo.
- 8 Permiso Post Natal Parental
- 9 LM. SANNA *Cáncer*
- 10 LM.SANNA *Trasplante de Órgano Sólido*
- 11 LM.SANNA *Trasplante de Progenitores*
- 12 LM SANNA *Fase I Tratamiento y cuidados paliativos
(Estado Terminal de Vida)*
- 13 LM SANNA *Fase II Estado Terminal de Vida*
- 14 LM SANNA *Accidente Grave*

Códigos que deberán ingresar al Sistema OB. Opción 1 INGRESO Y CÁLCULO
Campo 6

PROCESO DESCENTRALIZADO RECEPCIÓN LICENCIA MÉDICA



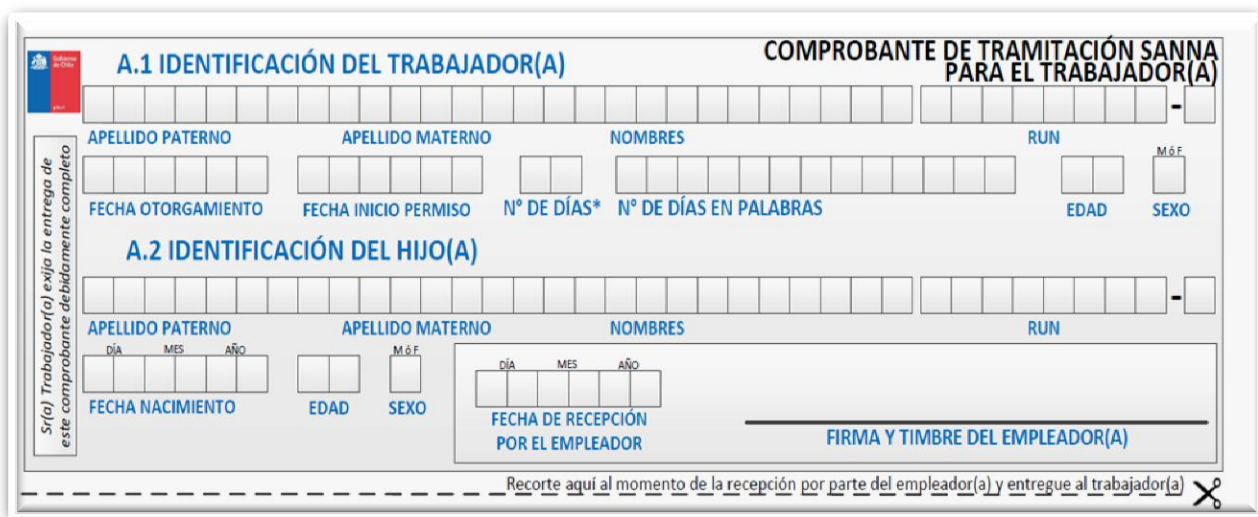
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA	Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 27 de 65
---	---	--

18.2 Tipos de Formularios establecidos en la Ley:

- Formulario Licencia Médica para permiso SANNA (Anexo 1)
- Informe complementario del permiso SANNA (Anexo 2)
- Carta aviso para el traspaso del permiso SANNA (Anexo 3)
- Formulario zona de tramitación del empleador (Anexo 4)

18.3 DESCRIPCIÓN DEL LLENADO DEL TALÓN DE RECEPCIÓN DE LA LICENCIA MÉDICA SANNA

ANEXO 1 Formulario Licencia Médica para permiso SANNA



El funcionario, familiar y/o persona designada por el titular del documento presenta el formulario de la licencia médica en **Oficina de Partes**, quien previamente debe validar todos los datos que ella contenga.

SECCIÓN A “Uso y Responsabilidad exclusiva del profesional que emite la licencia médica”

- El Profesional debe completar todos los datos, con letra clara y legible.

 <p>JUNJI Ministerio de Educación</p> <p>Gobierno de Chile</p>	<h2>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA</h2>	<p>Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 28 de 65</p>
--	---	---



FORMULARIO LICENCIA MÉDICA SANNA

Seguro para el Acompañamiento de los Niños y Niñas (SANNA), Ley N° 21.063.

Otorgamiento de permiso SANNA

N° -

Uso exclusivo Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN)

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR(A)

APELLIDO PATERNO

DÍA MES AÑO

APELLIDO MATERNO

DÍA MES AÑO

NOMBRES

M O F

FECHA OTORGAMIENTO

FECHA INICIO PERMISO

EDAD

SEXO

N° DE DÍAS*

N° DE DÍAS EN PALABRAS

CORREO ELECTRÓNICO DEL TRABAJADOR(A) (Constituye mecanismo de comunicación oficial con la contraloría médica y entidad pagadora del subsidio)

RUN

FIRMA TRABAJADOR(A)

Solamente se podrá hacer uso del permiso SANNA una vez finalizada la licencia médica por enfermedad común o laboral, maternal y permiso postnatal parental, incluida la de enfermedad grave de niño mayor de 1 año; o feriado legal o permiso con/sin goce de remuneración.

Doble hasta aquí para proteger información sensible (asociada a contingencia y diagnóstico) y cubra con cinta adhesiva transparente

En el extremo superior derecho tiene un número correlativo impreso en el formulario, que corresponde al número de la LM SANNA.

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO(A) **

APELLIDO PATERNO

DÍA MES AÑO

APELLIDO MATERNO

DÍA MES AÑO

NOMBRES

M O F

FECHA NACIMIENTO

EDAD

SEXO

RUN

A.3 CONTINGENCIA CUBIERTA ***

A = CÁNCER

☐

B = TRANSPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO Y DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS

☐

C = FASE O ESTADO TERMINAL DE VIDA

☐

D = ACCIDENTE GRAVE CON RIESGO DE MUERTE O DE SECUELA FUNCIONAL GRAVE Y PERMANENTE

☐

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

☐ 1 = Reposo Laboral Total

☐ 2 = Reposo Laboral Parcial

SÓLO PARA REPOSO PARCIAL

☐ A = Mañana

☐ B = Tarde

☐ C = Noche

LUGAR DE REPOSO ☐ 1 = Su domicilio

☐ 2 = Hospital

☐ 3 = Otro domicilio

JUSTIFICAR SI ES OTRO (3)

DIRECCIÓN: CALLE;N°;DEPTO;COMUNA

TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) (56)

 <p>JUNJI Ministerio de Educación</p> <p>Gobierno de Chile</p>	<h2>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA</h2>	<p>Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 29 de 65</p>
--	---	---

A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN									
ESPECIALIDAD										1 1 = Médico										REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL										FIRMA DEL PROFESIONAL									
CORREO ELECTRÓNICO										@																													
DIRECCIÓN										(56)										TELÉFONO																			

A.6 DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL										OTROS DIAGNÓSTICOS									
ANTECEDENTES CLÍNICOS																			
EXÁMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO																			

NOTAS

* Este formulario se otorgará por períodos de hasta quince días, salvo si se hace uso del permiso en media jornada, modalidad que deberá ser autorizada por el profesional tratante.

** Son causantes del beneficio: los niños y niñas mayores de un año y menores de dieciocho años de edad afectados por una condición grave de salud. En el caso de la letra D) de la sección A.3 de este formulario, serán causantes del beneficio los niños y niñas mayores de un año y menores de quince años de edad.

*** A partir del 1° de febrero de 2018, tendrán cobertura de este Seguro la contingencia señalada en la letra A) y los tratamientos destinados al alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado, indicados en la letra b) del artículo 10 de la Ley N° 21.063.

A partir del 1° de julio de 2018, tendrá cobertura de este Seguro la contingencia señalada en la letra B).

A partir del 1° de enero de 2020, tendrá cobertura de este Seguro la contingencia señalada en la letra C).

A partir del 1° de diciembre de 2020, tendrá cobertura de este Seguro la contingencia señalada en la letra D).

Desde el punto A.2 hasta A.6 los datos deberán estar cubiertos y cerrados.

18.4 ANEXO 2 INFORME COMPLEMENTARIO DEL PERMISO SANNA

IC 1 Para ser llenad por trabajador(a)

- El trabajador(a) debe completar todos los datos, con letra clara y legible.

 <p>JUNJI Ministerio de Educación</p> <p>Gobierno de Chile</p>	<h2>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA</h2>	<p>Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 30 de 65</p>
--	---	---



INFORME COMPLEMENTARIO SANNA

Seguro para el Acompañamiento de los Niños y Niñas (SANNA), Ley N° 21.063.

Otorgamiento de permiso SANNA

N° -

Uso exclusivo Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN)

IC.1 PARA SER LLENADO POR TRABAJADOR(A)

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR(A)

APELLIDO PATERNO **APELLIDO MATERNO** **NOMBRES**

RUN

CORREO ELECTRÓNICO DEL TRABAJADOR(A) (Constituye mecanismo de comunicación oficial con la contraloría médica y entidad pagadora del subsidio)

INFORMACIÓN DEL MENOR

APELLIDO PATERNO **APELLIDO MATERNO** **NOMBRES**

RUN

DÍA MES AÑO

FECHA NACIMIENTO

Me F

EDAD

Me F

SEXO

DÍA MES AÑO

FECHA DEL INFORME

2

FIRMA DEL TRABAJADOR(A)

- 1 En el extremo superior derecho tiene un número correlativo impreso en el formulario, que corresponde al número del permiso SANNA.
- 2 **Firma del trabajador**, el formulario del permiso SANNA debe ser firmada por el funcionario/a, de no realizar esta acción el documento será rechazado por la COMPIN cuando ingrese a tramitación.

EXISTENCIA DE TRASPASO DE DÍAS DESDE OTRO BENEFICIARIO

☐ 1=Si
☐ 2=No

*Solo debe completarse esta sección en caso de la existencia de días de permiso SANNA traspasados desde otro beneficiario, debiendo acompañar copia de la "carta aviso traspaso SANNA" respectiva, con el timbre de recepción de la entidad pagadora correspondiente.

FECHA PRESENTACIÓN

DÍA MES AÑO

N° DE DÍAS

TRASPASO

RUN DEL BENEFICIARIO QUE TRASPASÓ LOS DÍAS:

NOMBRE ENTIDAD PAGADORA:
(DONDE SE PRESENTÓ CARTA AVISO)

SECCIÓN DEL MEDIO DE PAGO

Seleccione con una "X" el medio de pago deseado para un eventual subsidio emanado de este seguro:

1. TRANSFERENCIA BANCARIA (completar la siguiente información)

NOMBRE DEL BANCO:

TIPO DE CUENTA: ☐ CORRIENTE ☐ AHORRO ☐ VISTA ☐ R.U.T

NUMERO DE CUENTA:

2. CHEQUE NOMINATIVO

3. ORDEN DE PAGO

Doble hasta aquí para proteger información sensible del informe (IC.2 para ser llenado por el profesional tratante) y cubra con cinta adhesiva transparente

Desde el punto IC.2 LO DEBERÁ LLENAR EL MÉDICO TRATANTE

 <p>JUNJI Ministerio de Educación</p> <p>Gobierno de Chile</p>	<h2>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA</h2>	<p>Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 31 de 65</p>
--	---	---

IC.2 PARA SER LLENADO POR PROFESIONAL TRATANTE:

INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL TRATANTE

APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN									
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SELECCIONE CONTINGENCIA POR LA CUAL SE EXTIENDE EL PERMISO SANNA (MARQUE CON UNA "X"), COMPLETANDO LA INFORMACIÓN REQUERIDA:

A. CÁNCER																																																		D. ACCIDENTE GRAVE CON RIESGO DE MUERTE O DE SECUELA FUNCIONAL GRAVE Y PERMANENTE																																																							
DIAGNÓSTICO(S): 																																																		*Sólo podrá otorgarse a partir del día undécimo de ocurrido el accidente FECHA DEL ACCIDENTE: <table border="1"> <tr> <td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																																																		DÍA	MES	AÑO			
DÍA	MES	AÑO																																																																																																							
PRONÓSTICO: 																																																		BREVE RELACIÓN DE LAS CIRCUNSTANCIAS EN QUE SE PRODUJO EL ACCIDENTE 																																																							
ETAPAS: ☐ SOSPECHA: ☐ CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICO: ☐ TRATAMIENTO: ☐ SEGUIMIENTO: ☐ RECIDIVA:																																																																																																									

B. TRASPLANTE																																																		BREVE HISTORIA CON FUNDAMENTOS CLÍNICOS Y/O DE LABORATORIO Y/O DE IMAGENOLOGÍA 																																																																																																									
ÓRGANO SÓLIDO: ☐ TRANSPLANTE EFECTUADO, CON FECHA: <table border="1"> <tr> <td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table> ☐ NO SE HA EFECTUADO EL TRASPLANTE ☐ Menor inscrito en Registro de Nacional de potenciales receptores de órganos (debe acreditar con certificado de Coordinadora Nacional de Trasplante)																																																																																																				DÍA	MES	AÑO																																																					
DÍA	MES	AÑO																																																																																																																																																									
PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS: FECHA DEL TRASPLANTE: <table border="1"> <tr> <td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																																																		DÍA	MES	AÑO																																																																																																							
DÍA	MES	AÑO																																																																																																																																																									
C. FASE O ESTADO TERMINAL DE LA VIDA																																																																																																																																																											
*Debe acompañar Informe escrito favorable emitido por el director del área médica del prestador institucional de salud respectivo. ☐ FASE O ESTADO TERMINAL DE LA VIDA ☐ TRATAMIENTO DESTINADO AL ALIVIO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS POR CÁNCER AVANZADO (indicar patología, la que debe estar prevista dentro de las Garantías Explícitas en Salud establecidas en la Ley N° 19.966 y sus reglamentos, salvo mayores de 15 años y menores de 18 años de edad) PATOLOGÍA:																																																		EVOLUCIÓN, TRATAMIENTOS MÉDICOS Y/O QUIRÚRGICOS EFECTUADOS (FECHA DE OPERACIÓN, SI PROCEDE), RESULTADOS OBTENIDOS 																																																																																																									
																																																		CONCLUSIÓN U OTRO COMENTARIO 																																																																																																									

DÍA MES AÑO <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table> FECHA DEL INFORME																																																					_____ FIRMA DEL PROFESIONAL																																																	

Desde el punto IC.2 los datos deberán estar cubiertos y cerrados.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA	Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 32 de 65
---	---	--

18.5 ANEXO 3 CARTA AVISO PARA EL TRASPASO DEL PERMISO SANNA

Este documento será tramitado siempre y cuando el funcionario/a, decida traspasar el permiso SANNA.

- En el extremo superior derecho tiene un número correlativo impreso en el formulario, que corresponde al número del permiso SANNA.
- **Firma del padre o madre a quien se traspasa el beneficio SANNA**, la carta aviso para el traspaso del permiso SANNA deberá ser firmado, de no realizar esta acción el documento será rechazado por la COMPIN cuando ingrese a tramitación.

		FORMULARIO DE AVISO PARA EL TRASPASO DEL PERMISO SANNA <i>Seguro para el Acompañamiento de los Niños y Niñas (SANNA), Ley N° 21.063.</i>		Traspaso de permiso SANNA N° <input type="text"/> - <input type="text"/> <small>Uso exclusivo del Organismo Administrador de la Ley N° 16.744</small>	
SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL TITULAR QUE TRASPASA SU BENEFICIO					
A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR(A) Y SU(S) EMPLEADORES(AS)					
<input type="text"/> <small>APELLIDO PATERNO</small>		<input type="text"/> <small>APELLIDO MATERNO</small>		<input type="text"/> <small>NOMBRES</small>	
				<input type="text"/> <small>RUN</small>	
A.2 IDENTIFICACIÓN DE SU(S) EMPLEADOR (ES)					
1	<input type="text"/> <small>RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR(A)</small>		<input type="text"/> <small>RUN</small>	<input type="text"/> <small>MUTUALIDAD, ISL ó ADM. DELEGADA</small>	
2	<input type="text"/> <small>RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR(A)</small>		<input type="text"/> <small>RUN</small>	<input type="text"/> <small>NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO</small>	
3	<input type="text"/> <small>RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR(A)</small>		<input type="text"/> <small>RUN</small>	<input type="text"/> <small>NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO</small>	
4	<input type="text"/> <small>RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR(A)</small>		<input type="text"/> <small>RUN</small>	<input type="text"/> <small>NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO</small>	
5	<input type="text"/> <small>RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR(A)</small>		<input type="text"/> <small>RUN</small>	<input type="text"/> <small>NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO</small>	



A.3 CANTIDAD DE DÍAS QUE TRASPASA

N° DE DÍAS* N° DE DÍAS EN PALABRAS

Nº DE DÍAS*	Nº DE DÍAS EN PALABRAS
-------------	------------------------

A.4 IDENTIFICACIÓN DEL PADRE O MADRE DEL MENOR, A QUIEN SE TRASPASA EL BENEFICIO

APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN									
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN									

1 = Padre
2 = Madre del menor

Por medio del presente se manifiesta la voluntad del titular del beneficio SANNA para realizar el traspaso de sus días de permiso hacia el padre o madre del menor que se identificado en esta sección , quien también es beneficiario del seguro y no se encuentra haciendo uso del permiso.

DÍA MES AÑO

FIRMA TRABAJADOR(A)
QUE TRASPASA DÍAS DEL SANNA

SECCIÓN B: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PADRE O MADRE A QUIEN SE TRASPASA EL BENEFICIO SANNA

Deben presentarse igual numero de formularios para el traspaso del permiso SANNA, como empleadores disponga el trabajador(a), completando por cada uno la siguiente información:

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR(A) Y SU(S) EMPLEADORES(AS)

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR(A)

RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR(A)										RUN										NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO									

Por medio del presente se manifiesta que soy beneficiario(a) del seguro y que el titular del beneficio SANNA que me traspasa sus días de permiso, cumple con todas las condiciones requeridas para ello.

DÍA	MES	AÑO

FECHA DEL FORMULARIO

FIRMA TRABAJADOR(A)
QUE RECIBE DÍAS DEL SANNA

NOTAS

Para que proceda el traspaso ambos padres deben ser trabajadores con derecho al SANNA.

Puede traspasarse la totalidad del permiso, por períodos de hasta 15 o 30 días, según sea en jornada completa o parcial, una vez agotados los días que le corresponden al padre o madre que hará uso de los días traspasados. De esta forma, en caso de cáncer, pueden traspasarse un total de hasta 90 días, en caso de trasplante, hasta 90 días y en caso de accidente grave con riesgo de muerte o de secuela funcional grave y permanente, hasta 30 días de permiso.

En caso de fase o estado terminal de la vida no opera el traspaso del beneficio.

En caso de fallecimiento del beneficiario, el seguro de vida podrá ser traspasado al cónyuge.

Hasta el 31 de diciembre de 2019, en caso de tratamiento destinado al alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado, cuando ambos padres sean trabajadores con derecho a las prestaciones del Seguro, cualquiera de ellos podrá traspasar al otro, hasta el total del período máximo de permiso que le corresponda, esto es, hasta 60 días (por período de hasta 15 días).

En caso que el trabajador(a) que hará uso del permiso tenga más de un empleador, debá remitir los avisos respectivos a cada uno de ellos.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA	Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 34 de 65
---	---	--

18.6 ANEXO 4 FORMULARIO DE TRAMITACIÓN DEL EMPLEADOR

 FORMULARIO LICENCIA MÉDICA SANNA <i>Seguro para el Acompañamiento de los Niños y Niñas (SANNA), Ley N° 21.063.</i>		Otorgamiento de permiso SANNA N° <input type="text"/> - <input type="text"/> <small>Uso exclusivo Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN)</small>
SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR		
C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR(A), TRABAJADOR(A) INDEPENDIENTE O CESANTE TEMPORAL		
<div> <div>RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR(A)</div> <div> <input type="text"/> - <input type="text"/> (56) <input type="text"/> </div> <div> <div>DÍA MES AÑO</div> <div> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> </div> </div>		
<div> <div>RUN EMPLEADOR</div> <div>TELÉFONO</div> <div>FECHA DE RECEPCIÓN POR EL EMPLEADOR</div> </div>		
<div> <div>CORREO ELECTRÓNICO DEL EMPLEADOR(A) (Constituye mecanismo de comunicación oficial con la contraloría médica y entidad pagadora del subsidio)</div> <div> <input type="text"/> @ <input type="text"/> </div> </div>		
<div> <div>RUN TRABAJADOR</div> <div>DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR(A)</div> </div>		
<div> <div>COMUNA DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR(A)</div> <div>CÓDIGO COMUNAL (uso COMPIN)</div> </div>		

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR (A),

RAZON SOCIAL EMPLEADOR: Junta Nacional de Jardines Infantiles

RUN EMPLEADOR: 70.072.600-2

TELEFONO: Indicar Número de los Encargados de LM.

FECHA DE RECEPCION POR EL EMPLEADOR: Indicar la fecha de recepción de Of.Partes

CORREO ELECTRONICO DEL EMPLEADOR: Indicar correo del Encargado de LM.

RUN TRABAJADOR: Ingresar RUN del Sistema OB

DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR(A): Indicar Dirección del establecimiento si es personal de jardín, y/o de la Dirección Regional para el personal de Oficina.

COMUNA DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR (A): Indicar comuna del establecimiento y/o Oficina.

CODIGO COMUNA: Uso exclusivo de la COMPIN

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR(A)	OCUPACIÓN
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 20px; text-align: center; margin-bottom: 5px;">8</div> <p>0=Agricultura, Servicios Agrícolas, Silvicultura y Pesca 1=Minas, Petróleos y Canteras 2=Industrias Manufactureras 3=Construcción 4=Electricidad, Gas y Agua 5=Comercio 6=Transporte, Almacenamiento y Comunicaciones 7=Finanzas, Seguros, Bienes Muebles y Servicios Técnicos, Profesionales y Otros 8=Servicios Estatales, Sociales, Personales e Internacionales 9=Actividad No Especificada</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>11=Ejecutivo o Directivo 12=Profesor 13=Otro Profesional 14=Técnico 15=Vendedor 16=Administrativo 17=Operario, Trabajador Manual 18=Trabajador de Casa Particular 19=Otro (Especificar)</p>

- La **actividad laboral del trabajador** de la Junta Nacional de Jardines Infantiles corresponde al **N° 8.-**
- **Ocupación:** De acuerdo a los estamentos de la Ley de Planta de la Junji, corresponde
 - **11** = Directivo
 - **13** = Profesional
 - **14** = Técnico
 - **16** = Administrativo
 - **19** = Auxiliar

C.2 IDENTIFICACIÓN DEL RÉGIMEN PREVISIONAL DEL TRABAJADOR(A) Y ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

RÉGIMEN PREVISIONAL

1=D.L. 3501 IPS (ex INP)
 2=D.L. 3500 A.F.P.

Código Letra (Caja Prev.)

Nombre

Int. Prev.

REGIMEN PREVISIONAL

1= Funcionarios afiliados al INP

2= Funcionarios afiliados a AFP

CÓDIGO	NOMBRE INT.PREVISIONAL
1003	AFP CUPRUM
1005	AFP HABITAT
1008	AFP PROVIDA
1032	AFP PLAN VITAL
1033	AFP CAPITAL
1034	AFP MODELO
1301	CANAEMPU
1001	EMPART
1009	SERVICIO SEGURO SOCIAL

La Superintendencia de Pensiones, creó el primer proceso de licitación de las AFP con la finalidad que se adjudicaran la cartera de nuevos afiliados por dos años:

- Período desde Agosto 2010 hasta Julio 2012 AFP Modelo
- Período desde Agosto 2012 hasta Julio 2014 AFP Modelo
- Período desde Agosto 2014 hasta Julio 2016 AFP Plan Vital
- Período desde Agosto 2016 hasta Julio 2018 AFP Plan Vital

Todos los funcionarios contratados por la Institución y que por primera vez se incorporan al ámbito laboral, deben tener su afiliación al sistema previsional licitado por la Superintendencia de Pensiones correspondiente al período vigente, de no completar esta información correctamente la Licencia Médica es causal de rechazo por la entidad de salud.

CALIDAD TRABAJADOR(A)

1

1=Trabajador sector público afecto a la Ley nº 18.834.

2=Trabajador sector público no afecto a la Ley nº 18.834.

3=Trabajador dependiente sector privado

4=Trabajador Independiente

1= TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO AFECTO A LA LEY N° 18.834

SEGURO DESEMPLEO	
Trabajador afiliado a AFC	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 30px; text-align: center; line-height: 30px; margin-right: 10px;">2</div> <div style="display: inline-block; vertical-align: top;"> 1=Sí 2=No </div>
Contrato de duración indefinida	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 30px; text-align: center; line-height: 30px; margin-right: 10px;"></div> <div style="display: inline-block; vertical-align: top;"> 1=Sí 2=No </div>

Trabajador afiliado a AFC

2= NO (Trabajador afiliado AFC: Administradora de Fondos de Cesantía de Chile), corresponde sólo para las entidades privadas.

Contrato de duración indefinida

1= SI Funcionarios de Planta y Contrata

2= NO Funcionarios recién ingresados programas de verano

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN:

RÉGIMEN LEY N° 16.744	
ÚLTIMO EN CASO DE CESANTE TEMPORAL	
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 30px; text-align: center; line-height: 30px; margin-right: 10px;">J</div>	I=ISL J=ACHS K=MUTUAL L=IST M=DIVISIONES DE CODELCO N=UNIVERSIDAD CATÓLICA

Corresponde **J = ACHS**

RÉGIMEN SALUD COMÚN	
<input style="width: 40px; height: 40px;" type="checkbox"/>	<p>O=FONASA (7%)</p> <p>P=ISAPRE</p> <div style="margin-left: 20px;"> <p>→ NOMBRE: _____</p> <p>→ COTIZACIÓN PACTADA: _____ UF</p> </div>

O = Personal afiliado a Fonasa

P = Personal afiliado a Isapre

Nombre de la Entidad de Salud

Cotización Pactada en UF: Información deberá ser solicitada al área de Remuneraciones, ya que éste dato es importante para calcular el Subsidio

FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL					
<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>
DÍA		MES		AÑO	

Corresponde a la fecha en que el funcionario se afilió por primera vez al Sistema Previsional (AFP).-
 Se debe extraer del Maestro de Personal **campo 45 A.PREV**

FECHA CONTRATO DE TRABAJO

DÍA		MES		AÑO	

Se debe extraer del Maestro de Personal **campo 11 F/INGRE.**

Cesante Temporal no corresponde llenar

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <h4 style="color: blue;">CESANTE TEMPORAL</h4> <div style="text-align: right;"> ☐ 1=Sí, 2=No </div> <p><i>Sección exclusiva para cesante temporal</i></p> <p>ÚLTIMO TIPO DE CONTRATO: ☐ 1=Indefinido ☐ 2=Plazo fijo ☐ 3=Obra o Faena</p> <p>FECHA DEL ÚLTIMO CONTRATO DE TRABAJO: <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td colspan="2">AÑO</td></tr></table></p> <p>FECHA DE INICIO DE CENSANTIA TEMPORAL: <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td colspan="2">AÑO</td></tr></table></p> </div>					DÍA	MES	AÑO						DÍA	MES	AÑO		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; color: red; font-weight: bold;"> Uso exclusivo de la COMPIN </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <h4 style="color: blue;">FECHA DE RECEPCIÓN COMPIN</h4> <table border="1" style="margin: 10px auto; width: 150px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td colspan="2">AÑO</td> </tr> </table> </div>					DÍA	MES	AÑO	
DÍA	MES	AÑO																							
DÍA	MES	AÑO																							
DÍA	MES	AÑO																							

NOTAS

El formulario de permiso SANNA deberá ser remitido por el empleador **SIEMPRE** a la COMPIN del domicilio donde presta servicios el trabajador(a), tanto de afiliados a FONASA como a ISAPRE. Solamente se podrá hacer uso del permiso SANNA una vez finalizada la licencia médica por enfermedad común o laboral, maternal y permiso postnatal parental, incluida la de enfermedad grave de niño mayor de 1 año; o feriado legal o permiso con o sin goce de remuneración.

El permiso en jornada parcial será compatible con el pago de subsidio de origen común, laboral o de otro beneficio de protección a la maternidad utilizado en jornada parcial.

El empleador(a) deberá devolver formulario de permiso SANNA al trabajador(a) cuando le conste que éste se encuentra haciendo uso de los beneficios o permisos laborales indicados.

El trabajador(a) temporalmente cesante debe señalar el organismo administrador del Seguro de la Ley N°16.744 de su último empleador.

 <p>JUNJI Ministerio de Educación</p> <p>Gobierno de Chile</p>	<p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA</p>	<p>Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 40 de 65</p>
--	--	---



FORMULARIO LICENCIA MÉDICA SANNA

Seguro para el Acompañamiento de los Niños y Niñas (SANNA), Ley N° 21.063.

Otorgamiento de permiso SANNA

N°

	-	
--	---	--

Uso exclusivo Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN)

CONTINUACIÓN SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.3 INFORME DE REMUNERACIONES O RENTAS DE LOS MESES MÁS PRÓXIMOS AL INICIO DE LA LICENCIA:

Últimos 3 meses de remuneraciones en el caso de trabajador dependiente, últimos 5 meses de rentas o remuneraciones para independientes, últimos 12 meses para cesante temporal

Los trabajadores del sector privado y los trabajadores del sector público deben registrar anotaciones en las columnas C, D y E cuando corresponda.

Los trabajadores del sector público que cotizan para desahucio y aquellos traspasados en virtud del D.F.L. 1-3063/80, además deben registrar remuneraciones en la columna B.

- Los trabajadores/as de la JUNJI corresponde ingresar los últimos 3 meses de remuneraciones.
- Completar la información en las columnas C, D y E.
- Para la Dirección Regional de Aysén tiene un funcionario con Desahucio, por lo tanto deberá completar las columnas B, C, D y E.

Código Institución Previsional	Mes al cual corresponden las remuneraciones			Remuneraciones imponible		Subsidio por incapacidad laboral		Remuneración imponible mes anterior a inicio del permiso SANNA (hasta el tope vigente)
	Mes	Año	N° días	Imponible desahucio para trabajadores corporación municipal y públicos	Total remuneraciones imponibles para pensiones y salud (hasta el tope vigente)	Monto	N° días	
	A			B	C	D	E	

\$

Remuneración imponible mes anterior a inicio del permiso SANNA (hasta el tope vigente)

\$

←

Indicar la última Remuneración Imponible del mes anterior al inicio del permiso SANNA, considerando el tope imponible vigente.

Mes al cual corresponden las remuneraciones			Remuneraciones imponibles		Subsidio por incapacidad laboral	
Mes	Año	N° días	Imponible desahucio para trabajadores corporación municipal y públicos	Total remuneraciones imponibles para pensiones y salud (hasta el tope vigente)	Monto	N° días
A			B	C	D	E

Columna A: Indicar el mes al cual corresponden las remuneraciones

Columna B: Indicar el imponible desahucio, solicitar a Remuneraciones el imponible de cálculo del desahucio (Sueldo Base + Asignación de Antigüedad = **Valor Imponible desahucio, éste último monto que se descuenta al funcionario es el valor que deberá indicarse en la columna B.)**

Columna C: Indicar el total remuneraciones imponibles para pensiones y salud (Tope vigente)

Se incluye tabla que indica los meses que deben utilizarse al mes que precede el inicio de la Licencia Médica.

El número de días se extrae del listado haberes imponibles que se genera del sistema dentro de los 5 primeros días hábiles, instructivo en Manual de Sistema **ANEXO 10.-**

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA	Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 42 de 65
---	---	--

Las funcionarias/os, que emitan licencias médicas por ½ jornada, en la columna de N° días trabajados se debe completar por 30 días trabajados, en atención que sus remuneraciones se pagan por 30 días, por lo tanto sus rentas también se deben informar completa por 30 días trabajados; independiente que en el Sistema de Licencias Médicas se ingresa por 15 días.

Se adjunta Tabla de mes de inicio de la licencia médica Curativa, indicando los tres meses precedente.-

Sec.	Contenido	Mes de inicio de la Licencia Médica Curativa											
		Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
6°		Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
5°		Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
4°		Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
3°		Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
2°		Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
1°		Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre
0	Mes que precede el inicio de la Lic.Méd.	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre

Los funcionarios que no tienen renta por estar con Permiso Sin Goce de Remuneraciones se deben llenar el espacio indicando **PSGR**.

Los funcionarios contratados y que en los meses anteriores no tienen renta por estar contratados como Honorarios, se debe llenar el espacio indicando **HONORARIO**.

Columna D: Subsidio por incapacidad laboral corresponde al monto del subsidio, para estos efectos se deberá realizar la Planilla de Cálculo operativa en la actualidad y se encuentra disponible en carpeta compartida “Anexo 14 Manual Ley SANNA”.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA	Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 43 de 65
---	---	--

BASE DE CALCULO DEL SUBSIDIO GENERAL	
<p>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.</p>	<p>Artículo 10°.- Las remuneraciones ocasionales o que correspondan a períodos de mayor extensión que un mes, tales como gratificaciones, bonificaciones o aguinaldos de Navidad o Fiestas Patrias, no se considerarán para la determinación de las bases de cálculo establecidas en los artículos anteriores.</p> <p>Artículo 11°.- El subsidiado no perderá el derecho a percibir las remuneraciones a que se refiere el artículo anterior, en la forma y en la oportunidad establecidas en el correspondiente contrato de trabajo, por el tiempo en que haya percibido el subsidio.</p>
BASE DE CALCULO DEL SUBSIDIO TRABAJADOR DEPENDIENTE	
<p>El artículo 16 de la Ley N° 21.053, 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 3 meses calendario más próximos al inicio del permiso.</p>	
<p>Se entiende por Remuneraciones Netas aquellas respecto de las cuales se haya efectuado cotizaciones, con deducción de las cotizaciones de cargo del trabajador/a y los impuestos.</p>	
<p>Por disposición expresa del citado artículo 16, para el cálculo de este subsidio no se aplica el artículo 10 del D: F: L: 44/78.</p>	
<p>Cuando el trabajador/a, en alguno de los meses considerados en el cálculo, no trabajó todo el mes, ni tampoco devengó subsidios por los días no trabajados, no procede que dicho mes o meses sean excluidos de la base de cálculo y sustituidos por otro u otros dado que la norma legal dispone que se deben considerar “los últimos 3 meses calendario más próximo al inicio del permiso”</p>	<p>Acreditación al Derecho a Subsidio:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tener un mínimo de 8 cotizaciones previsionales mensuales continuas o discontinuas, en los últimos 24 meses anteriores a la fecha de inicio de la LM SANNA. ➤ Las 3 últimas cotizaciones más próximas al inicio de la LM SANNA deberá ser continuas. ➤ El empleador deberá acompañar un certificado de las cotizaciones previsionales de los 24 meses anteriores al inicio de la licencia médica.
<p>Para las funcionarias/os, cuando opere el traspaso del permiso, el subsidio a que de lugar se calculará sobre la base de las remuneraciones que correspondan al padre o madre que haga uso efectivo del permiso.</p>	

Columna E: N° días que corresponde al subsidio.

C.4 LICENCIAS ANTERIORES: De últimos 3 meses para el caso de dependientes, 5 para independientes y 12 para cesante temporal

Total Días	Desde			Hasta		
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

☐ 1=Si
☐ 2=No

C 4 Licencias anteriores en los últimos 3 meses

Los registros de licencias médicas anteriores se deben extraer del Sistema de Licencias Médicas Pantalla 1, de acuerdo a lo instruido en el Manual de Sistema de Licencias Médica **Anexo 10**.

<h2 style="margin: 0;">TRABAJADOR CON OTRO PERMISO</h2>		<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	1=Sí 2=No																		
<p style="color: #0070C0; font-style: italic;">En caso de encontrarse haciendo uso de otro permiso:</p>																					
TIPO DE FERIADO LEGAL	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<div style="margin-bottom: 5px;">1=Feriado Legal</div> <div style="margin-bottom: 5px;">2=Permiso con goce de remuneración</div> <div style="margin-bottom: 5px;">3=Permiso sin goce de remuneración</div> <div style="margin-bottom: 5px;">4=Licencia Médica (común, laboral, maternal o SANNA por otro hijo)</div> <div style="margin-bottom: 5px;">5=Permiso Postnatal Parental</div>																			
FECHA INICIO		FECHA TÉRMINO																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; height: 20px;"></td> <td style="width: 20%; height: 20px;"></td> <td style="width: 20%; height: 20px;"></td> <td style="width: 20%; height: 20px;"></td> <td style="width: 20%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">DÍA</td> <td style="text-align: center;">MES</td> <td style="text-align: center;">AÑO</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>						DÍA	MES	AÑO			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; height: 20px;"></td> <td style="width: 20%; height: 20px;"></td> <td style="width: 20%; height: 20px;"></td> <td style="width: 20%; height: 20px;"></td> <td style="width: 20%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">DÍA</td> <td style="text-align: center;">MES</td> <td style="text-align: center;">AÑO</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>						DÍA	MES	AÑO		
DÍA	MES	AÑO																			
DÍA	MES	AÑO																			

- Para certificar la información en relación a los tipos de permisos que eventualmente se encuentren en proceso, los Operativos de LM. y/o Encargadas/os de LM. deberán coordinar a través de correo con el área de la Oficina de Personal los antecedentes solicitados y los documentos generados de los actos administrativos para ser adjuntados a la LM. SANNA.
- Es importante tener los respaldos correspondientes, en atención que se deberán establecer responsabilidades administrativas, si el empleador entrega información errónea.

 <p>JUNJI Ministerio de Educación</p> <p>Gobierno de Chile</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA</p>	<p>Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 46 de 65</p>
---	--	---

El empleador deberá presentar el formulario de permiso SANNA ante la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN) correspondiente, dentro de los tres días 3 hábiles siguientes de recepcionado el documento

FIRMA Y TIMBRE

NOMBRE DEL RESPONSABLE QUE LLENA LOS DATOS

**NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR(A),
TRABAJADOR(A) INDEPENDIENTE O CESANTE TEMPORAL**

Es importante dejar establecido el **nombre con letra imprenta del funcionario que llena los datos de la Licencia Médica**, luego su firma y timbrar.

Lo anterior para determinar las responsabilidades Administrativas en el evento de presentarse situaciones operativas de cargo del empleador.

De la Responsabilidad Administrativa:

La Responsabilidad Administrativa se aplicará a las Direcciones Regionales desde I a la XV, Dirección Nacional y sedes provinciales, comunales Jardines Infantiles autorizados de la V y XI Región que tienen la función de resguardar los bienes financieros de la institución como es la Tramitación y Recuperación total de los Subsidios de las entidades Compín, Isapres y Achs, comprometiendo a los equipos de la Oficina de Licencias Médicas y el control y ejecución de los procesos de las Directoras Regionales, Subdirectores/as de Recursos Humanos y Departamento de Recursos Humanos.-

Sumario Administrativo

Los funcionarios de la Administración del Estado están sujetos a determinados deberes y obligaciones que derivan directamente de su cargo. En este contexto, es donde el Sumario Administrativo se transforma en una herramienta destinada a investigar y establecer los hechos que podrían constituir una infracción o falta a estas obligaciones y deberes.

	<p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA</p>	<p>Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 47 de 65</p>
---	---	---

Normativa Legal:

D.F.L. 29 del 2005, artículo 119, donde fija texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley 18.834, sobre Estatuto Administrativo.-

Por su parte, la Ley Nº 10.336, de Organización y Atribuciones de la Contraloría General de la República, establece en sus artículos 131 y siguientes, **un sumario a cargo del Ente Contralor**, y que concluye con una propuesta que el Contralor Regional o General, efectúa al jefe del servicio respectivo. La Contraloría puede desarrollar estos sumarios en todos los servicios públicos sujetos a su fiscalización.

 <p>JUNJI Ministerio de Educación</p> <p>Gobierno de Chile</p>	<p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA</p>	<p>Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 48 de 65</p>
--	---	---

19. CUADRO CON CARACTERÍSTICAS Y DOCUMENTOS DE TRAMITACIÓN DE LA LM SANNA.

PARA TODOS LOS EFECTOS EL AREA DE LM. DEBERÁ ADJUNTAR PLANILLA DE CÁLCULO Y PARA EL AREA DE REMUNERACIONES DEBERÁ ENTREGAR FOTOCOPIA DE LA LM. SANNA PARA PROCEDER RELIQUIDAR/ANALIZAR LOS PAGOS PERTINENTES, YA QUE CORRESPONDE A LA ACHS REALIZAR EL PAGO DEL SUBSIDIO.

➤ Código 9 Cáncer

CANCER
- Inicio 1° Febrero 2018
Total 90 días corridos en un período de 12 meses
Niños/Niñas > 1 año y < 18 años
Períodos de 15 días/prorroga por 2 períodos iguales/continua o discontinua
- Licencia Médica permiso Ley SANNA
- Informe Complementario SANNA / Patologías consideradas dentro de las Garantías Explícitas de Salud
- Certificado de Antigüedad
- Certificado de Cotizaciones Previsionales de los 24 meses anteriores al inicio de la LM.
- Resolución Judicial del Tribunal que concede el cuidado personal del menor (Situación de Adopción y/o Tuición)
- Para los causantes >15 y < 18 años con algún cáncer que no forme parte de tales Garantías, el Informe Complementario no será exigible.
Si durante el transcurso de un permiso el padre o la madre beneficiaria/o, el niño/a fallece, hará uso y tendrá derecho al subsidio hasta el término del período indicado en la LM.

 <p>JUNJI Ministerio de Educación</p> <p>Gobierno de Chile</p>	<p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA</p>	<p>Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 49 de 65</p>
--	---	---

➤ **Código 10 Trasplante de Órgano Sólido**

TRASPLANTE DE ÓRGANOS SÓLIDO
- Inicio 1° Julio 2018
Total 90 días corridos en un período de 12 meses
Niños/Niñas > 1 año y < 18 años
Períodos de 15 días/prorroga por 2 períodos iguales/ continua o discontinua
- Licencia Médica permiso Ley SANNA
- Informe Complementario SANNA
- Certificado de Antigüedad
- Certificado de Cotizaciones Previsionales de los 24 meses anteriores al inicio de la LM.
- Resolución Judicial del Tribunal que concede el cuidado personal del menor (Situación de Adopción y/o Tuición)
- Certificado Coordinadora Nacional de Trasplante
Si durante el transcurso de un permiso el padre o la madre beneficiaria/o, el niño/a fallece, hará uso y tendrá derecho al subsidio hasta el término del período indicado en la LM.

 <p>JUNJI Ministerio de Educación</p> <p>Gobierno de Chile</p>	<p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA</p>	<p>Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 50 de 65</p>
--	---	---

➤ **Código 11 Trasplante de Órgano Progenitores**

TRASPLANTE DE ORGANOS PROGENITORES
- Inicio 1° Julio 2018
Total 90 días corridos en un período de 12 meses
Niños/Niñas > 1 año y < 18 años
Períodos de 15 días/prorroga por 2 períodos iguales/ continua o discontinua
- Licencia Médica permiso Ley SANNA
- Informe Complementario SANNA
- Certificado de Antigüedad
- Certificado de Cotizaciones Previsionales de los 24 meses anteriores al inicio de la LM.
- Resolución Judicial del Tribunal que concede el cuidado personal del menor (Situación de Adopción y/o Tuición)
Si durante el transcurso de un permiso el padre o la madre beneficiaria/o, el niño/a fallece, hará uso y tendrá derecho al subsidio hasta el término del período indicado en la LM.

 <p>JUNJI Ministerio de Educación</p> <p>Gobierno de Chile</p>	<p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA</p>	<p>Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 51 de 65</p>
--	---	---

➤ **Código 12 Estado Terminal Tratamiento Fase I**

Fase I ESTADO TERMINAL (Tratamientos)
- Inicio 1° Febrero 2018 hasta el 31-12-2019
Período Intermedio
Total 60 días corridos
Niños/Niñas > 1 año y < 18 años
Períodos de 15 días/En un período de 12 meses/por períodos continua o discontinua
- Licencia Médica permiso Ley SANNA
- Informe Complementario SANNA
- Certificado de Antigüedad
- Certificado de Cotizaciones Previsionales de los 24 meses anteriores al inicio de la LM.
- Resolución Judicial del Tribunal que concede el cuidado personal del menor (Situación de Adopción y/o Tuición)
- Informe escrito favorable emitido por el Director del área médica del prestador Institucional de Salud respectivo.
- Los tratamientos destinado al alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado, se requerirá además incluir la patología que se encuentra dentro de las Garantías Explícitas.
- Para los causantes >15 y < 18 años con algún cáncer que no forme parte de tales Garantías, el Informe Complementario no será exigible.
Si durante el transcurso de un permiso el padre o la madre beneficiaria/o, el niño/a fallece, hará uso y tendrá derecho al subsidio hasta el término del período indicado en la LM.

 <p>JUNJI Ministerio de Educación</p> <p>Gobierno de Chile</p>	<p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA</p>	<p>Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 52 de 65</p>
--	---	---

➤ **Código 13 Estado Terminal Fase II**

Fase II ESTADO TERMINAL
- Inicio 1° Enero 2020
Niños/Niñas > 1 año y < 18 años
El permiso se otorga hasta la muerte del hijo o hija
- Licencia Médica permiso Ley SANNA
- Informe Complementario SANNA
- Certificado de Antigüedad
- Certificado de Cotizaciones Previsionales de los 24 meses anteriores al inicio de la LM.
- Resolución Judicial del Tribunal que concede el cuidado personal del menor (Situación de Adopción y/o Tuición)
- Informe escrito favorable emitido por el Director del área médica del prestador Institucional de Salud respectivo.

 <p>JUNJI Ministerio de Educación</p> <p>Gobierno de Chile</p>	<p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA</p>	<p>Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 53 de 65</p>
--	---	---

➤ **Código 14 Accidente Grave**

ACCIDENTE GRAVE
- Inicio 1° Enero 2020
Total 45 días corridos
Niños/Niñas > 1 año y < 15 años
Períodos de 15 días/prorroga por períodos iguales en forma continua o discontinua
- Licencia Médica permiso Ley SANNA se extiende al décimo primer día luego de ocurrido el accidente
- Informe Complementario SANNA
- Certificado de Antigüedad
- Certificado de Cotizaciones Previsionales de los 24 meses anteriores al inicio de la LM.
- Resolución Judicial del Tribunal que concede el cuidado personal del menor (Situación de Adopción y/o Tuición)
Si durante el transcurso de un permiso el padre o la madre beneficiaria/o, el niño/a fallece, hará uso y tendrá derecho al subsidio hasta el término del período indicado en la LM.

Independiente de los documentos principales descritos, se deberán complementar además con los indicados por cada uno de ellos, como por ejemplo el certificado de nacimiento y médicos.

 <p>JUNJI Ministerio de Educación</p> <p>Gobierno de Chile</p>	<p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA</p>	<p>Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 54 de 65</p>
--	---	---

20. REGISTROS

Evidencia utilizada en papel o electrónico, para demostrar la aplicación del procedimiento.

Identificación	Responsable(s)	Almacenamiento			Disposición
		Tiempo	Medio de Soporte	Lugar y Responsable	
Manual de Procedimientos Formularios de Licencia Médica LEY SANNA.	Encargados del proceso es la Oficina de Licencias Médicas, Oficina de Partes de las Direcciones Regionales de la I a XVI Región, Dirnac. Jardines Infantiles autorizados y Oficinas Provinciales del llenado, control, seguimiento y tramitación.	Tiempo requerido se desarrolla de acuerdo a las necesidades diarias del ingreso y tramitación.	Documentos	Oficina de Licencias Médicas de las Direcciones Regionales desde la I a la XVI Región, Dirnac y Jardines Infantiles y Oficinas Provinciales autorizados. Carpetas compartidas, CD y bodegas	Almacenaje de documentación Histórico.

21. ANEXOS

El presente manual incorpora anexos donde se incluirán formatos de trabajos y todo documento con sus respaldos como medios de verificación a los procesos implementados.

 <p>JUNJI Ministerio de Educación</p> <p>Gobierno de Chile</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA</p>	<p>Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 55 de 65</p>
--	--	---

ANEXO A

Formato Formulario Licencia Médicas SANNA

ANEXO 1 : FORMULARIO LICENCIA MÉDICA PARA PERMISO SANNA

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR(A)		COMPROBANTE DE TRAMITACIÓN SANNA PARA EL TRABAJADOR(A)	
APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRES: _____ RUN: _____ FECHA OTORGAMIENTO: _____ FECHA INICIO PERMISO: _____ N° DE DÍAS*: _____ N° DE DÍAS EN PALABRAS: _____ EDAD: _____ SEXO: _____		RUN: _____ EDAD: _____ SEXO: _____ FIRMAR Y TIMBRE DEL EMPLEADOR(A)	
A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO(A)			
APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRES: _____ RUN: _____ FECHA NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ SEXO: _____ FECHA RECEPCIÓN POR EL EMPLEADOR: _____		FIRMAR Y TIMBRE DEL EMPLEADOR(A)	
Recorte aquí al momento de la recepción por parte del empleador(a) y entregue al trabajador(a)			
 FORMULARIO LICENCIA MÉDICA SANNA Seguro para el Acompañamiento de los Niños y Niñas (SANNA), Ley N° 21.063.		Otorgamiento de permiso SANNA N° _____ <small>Uso exclusivo Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMAPI)</small>	
SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL			
A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR(A)			
APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRES: _____ RUN: _____ FECHA OTORGAMIENTO: _____ FECHA INICIO PERMISO: _____ EDAD: _____ SEXO: _____ N° DE DÍAS*: _____ N° DE DÍAS EN PALABRAS: _____		FIRMAR TRABAJADOR(A) <small>Solamente se podrá hacer uso del permiso SANNA una vez finalizada la licencia médica por enfermedad común o laboral, maternal y permiso parental parental, incluida la de enfermedad grave de niño mayor de 1 año, o feriado legal o permiso con/fin goce de remuneración.</small>	
CORREO ELECTRÓNICO DEL TRABAJADOR(A) (constituye mecanismo de comunicación oficial con la contraloría médica y entidad pagadora del subsidio)			
A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO(A) **			
APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRES: _____ RUN: _____ FECHA NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ SEXO: _____			
A.3 CONTINGENCIA CUBIERTA. ***		A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO	
A = CÁNCER B = TRANSPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO Y DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS C = FASE O ESTADO TERMINAL DE VIDA D = ACCIDENTE GRAVE CON RIESGO DE MUERTE O DE SEQUELA FUNCIONAL GRAVE Y PERMANENTE		1 = Reposo Laboral Total 2 = Reposo Laboral Parcial LUGAR DE REPOSO: 1 = Su domicilio, 2 = Hospital, 3 = Otro domicilio JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): _____ DIRECCIÓN: CALLE; N°; DEPTO.; COMUNA: _____ TELÉFONO (PERSONAL O DE CONTACTO) (56) _____	
A.5 IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL			
APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRES: _____ RUN: _____ ESPECIALIDAD: _____ TIPO PROFESIONAL: 1 = MÉDICO REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: _____		FIRMAR DEL PROFESIONAL	
CORREO ELECTRÓNICO: _____ TELÉFONO: (56) _____			
A.6 DIAGNÓSTICO			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: _____ OTROS DIAGNÓSTICOS: _____ ANTECEDENTES CLÍNICOS: _____ EXÁMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO: _____			
NOTAS * Este formulario se otorgará por períodos de hasta quince días, salvo si se hace uso del permiso en media jornada, modalidad que deberá ser autorizada por el profesional tratante. ** Son causantes del beneficio los niños y niñas mayores de un año y menores de dieciocho años de edad afectados por una condición grave de salud. En el caso de la letra D) de la sección A.3 de este formulario, serán causantes del beneficio los niños y niñas mayores de un año y menores de quince años de edad. *** A partir del 1° de febrero de 2016, tendrán cobertura de este Seguro la contingencia señalada en la letra A) y los tratamientos destinados al alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado, indicados en la letra B) del artículo 10 de la Ley N° 21.063. A partir del 1° de julio de 2016, tendrá cobertura de este Seguro la contingencia señalada en la letra B). A partir del 1° de enero de 2020, tendrá cobertura de este Seguro la contingencia señalada en la letra C). A partir del 1° de diciembre de 2020, tendrá cobertura de este Seguro la contingencia señalada en la letra D).			

 <p>JUNJI Ministerio de Educación</p> <p>Gobierno de Chile</p>	<h2>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA</h2>	<p>Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 57 de 65</p>
--	---	---

ANEXO 2: INFORME COMPLEMENTARIO DEL PERMISO SANNA

 <h2>INFORME COMPLEMENTARIO SANNA</h2> <p><i>Seguro para el Acompañamiento de los Niños y Niñas (SANNA), Ley N° 21.063.</i></p>		<p>Otorgamiento de permiso SANNA N° - </p> <p><small>Uso exclusivo Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN)</small></p>		
<p>IC.1 PARA SER LLENADO POR TRABAJADOR(A)</p>				
<p>INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR(A)</p>				
<p> APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN </p> <p> @ CORREO ELECTRÓNICO DEL TRABAJADOR(A) (Constituye mecanismo de comunicación oficial con la contraloría médica y entidad pagadora del subsidio) </p>				
<p>INFORMACIÓN DEL MENOR</p>				
<p> APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN </p> <p> DÍA MES AÑO M.E.F. FECHA NACIMIENTO EDAD SEXO </p>				
<p> FECHA DEL INFORME FIRMA DEL TRABAJADOR(A) </p>				
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>EXISTENCIA DE TRASPASO DE DÍAS DESDE OTRO BENEFICIARIO</p> <p>1=SI 2=No</p> <p><small>*Solo debe completarse esta sección en caso de la existencia de días de permiso SANNA traspasados desde otro beneficiario, debiendo acompañar copia de la "carta aviso traspaso SANNA" respectiva, con el timbre de recepción de la entidad pagadora correspondiente.</small></p> <p> FECHA PRESENTACIÓN: N° DE DÍAS: DÍA MES AÑO TRASPASO </p> <p> RUN DEL BENEFICIARIO QUE TRASPASÓ LOS DÍAS: </p> <p> NOMBRE ENTIDAD PAGADORA: <small>(DONDE SE PRESENTÓ CARTA AVISO)</small> </p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>SECCIÓN DEL MEDIO DE PAGO</p> <p><small>Seleccione con una "X" el medio de pago deseado para un eventual subsidio emanado de este seguro:</small></p> <p> ☐ 1. TRANSFERENCIA BANCARIA (completar la siguiente información): NOMBRE DEL BANCO: TIPO DE CUENTA: ☐ CORRIENTE ☐ AHORRO ☐ VISTA ☐ R.U.T. NUMERO DE CUENTA: </p> <p> ☐ 2. CHEQUE NOMINATIVO ☐ 3. ORDEN DE PAGO </p> </td> </tr> </table>			<p>EXISTENCIA DE TRASPASO DE DÍAS DESDE OTRO BENEFICIARIO</p> <p>1=SI 2=No</p> <p><small>*Solo debe completarse esta sección en caso de la existencia de días de permiso SANNA traspasados desde otro beneficiario, debiendo acompañar copia de la "carta aviso traspaso SANNA" respectiva, con el timbre de recepción de la entidad pagadora correspondiente.</small></p> <p> FECHA PRESENTACIÓN: N° DE DÍAS: DÍA MES AÑO TRASPASO </p> <p> RUN DEL BENEFICIARIO QUE TRASPASÓ LOS DÍAS: </p> <p> NOMBRE ENTIDAD PAGADORA: <small>(DONDE SE PRESENTÓ CARTA AVISO)</small> </p>	<p>SECCIÓN DEL MEDIO DE PAGO</p> <p><small>Seleccione con una "X" el medio de pago deseado para un eventual subsidio emanado de este seguro:</small></p> <p> ☐ 1. TRANSFERENCIA BANCARIA (completar la siguiente información): NOMBRE DEL BANCO: TIPO DE CUENTA: ☐ CORRIENTE ☐ AHORRO ☐ VISTA ☐ R.U.T. NUMERO DE CUENTA: </p> <p> ☐ 2. CHEQUE NOMINATIVO ☐ 3. ORDEN DE PAGO </p>
<p>EXISTENCIA DE TRASPASO DE DÍAS DESDE OTRO BENEFICIARIO</p> <p>1=SI 2=No</p> <p><small>*Solo debe completarse esta sección en caso de la existencia de días de permiso SANNA traspasados desde otro beneficiario, debiendo acompañar copia de la "carta aviso traspaso SANNA" respectiva, con el timbre de recepción de la entidad pagadora correspondiente.</small></p> <p> FECHA PRESENTACIÓN: N° DE DÍAS: DÍA MES AÑO TRASPASO </p> <p> RUN DEL BENEFICIARIO QUE TRASPASÓ LOS DÍAS: </p> <p> NOMBRE ENTIDAD PAGADORA: <small>(DONDE SE PRESENTÓ CARTA AVISO)</small> </p>	<p>SECCIÓN DEL MEDIO DE PAGO</p> <p><small>Seleccione con una "X" el medio de pago deseado para un eventual subsidio emanado de este seguro:</small></p> <p> ☐ 1. TRANSFERENCIA BANCARIA (completar la siguiente información): NOMBRE DEL BANCO: TIPO DE CUENTA: ☐ CORRIENTE ☐ AHORRO ☐ VISTA ☐ R.U.T. NUMERO DE CUENTA: </p> <p> ☐ 2. CHEQUE NOMINATIVO ☐ 3. ORDEN DE PAGO </p>			
<p><small>Doble hasta aquí para proteger información sensible del informe (IC.2 para ser llenado por el profesional tratante) y cubra con cinta adhesiva transparente</small></p>				
<p>IC.2 PARA SER LLENADO POR PROFESIONAL TRATANTE:</p>				
<p>INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL TRATANTE</p>				
<p> APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES RUN </p>				
<p>SELECCIONE CONTINGENCIA POR LA CUAL SE EXTIENDE EL PERMISO SANNA (MARQUE CON UNA "X"), COMPLETANDO LA INFORMACIÓN REQUERIDA:</p>				
<p>A. CÁNCER</p> <p>DIAGNÓSTICO(S): </p> <p>PRONÓSTICO: </p> <p>ETAPAS: ☐ SOSPECHA; ☐ CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICO; ☐ TRATAMIENTO; ☐ SEGUIMIENTO; ☐ RECIDIVA;</p>	<p>D. ACCIDENTE GRAVE CON RIESGO DE MUERTE O DE SECUELA FUNCIONAL GRAVE Y PERMANENTE</p> <p><small>*Solo podrá otorgarse a partir del día undécimo de ocurrido el accidente</small></p> <p>FECHA DEL ACCIDENTE: </p> <p>BREVE RELACIÓN DE LAS CIRCUNSTANCIAS EN QUE SE PRODUJO EL ACCIDENTE</p> <p></p> <p></p> <p></p>			
<p>B. TRASPLANTE</p> <p>ORGANO SÓLIDO: </p> <p> ☐ TRANSPLANTE EFECTUADO, CON FECHA: ☐ NO SE HA EFECTUADO EL TRASPLANTE <small>Menor inscrito en Registro de Nacional de potenciales receptores de órganos (debe acreditar con certificado de Coordinadora Nacional de Trasplante)</small> </p> <p>PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS: </p> <p>FECHA DEL TRASPLANTE: </p>	<p>BREVE HISTORIA CON FUNDAMENTOS CLÍNICOS Y/O DE LABORATORIO Y/O DE IMAGENOLÓGIA</p> <p></p> <p></p> <p></p>			
<p>C. FASE O ESTADO TERMINAL DE LA VIDA</p> <p><small>*Debe acompañar informe escrito favorable emitido por el director del área médica del prestador institucional de salud respectivo.</small></p> <p>☐ FASE O ESTADO TERMINAL DE LA VIDA</p> <p> ☐ TRATAMIENTO DESTINADO AL ALIVIO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS POR CÁNCER AVANZADO (Indicar: antihélice, la que debe estar prevista dentro de las Garantías Explícitas en Salud establecidas en la Ley N° 20.960 y sus reglamentos, salvo mujeres de 35 años y menores de 23 años de edad) PATOLOGÍA: </p>	<p>EVOLUCIÓN, TRATAMIENTOS MÉDICOS Y/O QUIRÚRGICOS EFECTUADOS (FECHA DE OPERACIÓN, SI PROCEDE), RESULTADOS OBTENIDOS</p> <p></p> <p></p> <p></p>			
<p> DÍA MES AÑO FECHA DEL INFORME FIRMA DEL PROFESIONAL </p>		<p><small>Doble desde aquí</small></p>		

ANEXO 3: CARTA AVISO PARA EL TRASPASO DEL PERMISO SANNA

		<h2>FORMULARIO DE AVISO PARA EL TRASPASO DEL PERMISO SANNA</h2> <p><i>Seguro para el Acompañamiento de los Niños y Niñas (SANNA), Ley N° 21.063.</i></p>		<p>Traspaso de permiso SANNA</p> <p>N° <input type="text"/></p> <p><small>Uso exclusivo del Organismo Administrador de la Ley N° 26.744</small></p>	
SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL TITULAR QUE TRASPASA SU BENEFICIO					
A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR(A) Y SU(S) EMPLEADORES(AS)					
<input type="text"/> APELLIDO PATERNO		<input type="text"/> APELLIDO MATERNO		<input type="text"/> NOMBRES	
				<input type="text"/> RUN	
A.2 IDENTIFICACIÓN DE SU(S) EMPLEADOR (ES)					
1		<input type="text"/> RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR(A)		<input type="text"/> RUN	
				<input type="text"/> MUTUALIDAD, ISL ó ADM. DELEGADA	
				<input type="text"/> NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO	
2		<input type="text"/> RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR(A)		<input type="text"/> RUN	
				<input type="text"/> MUTUALIDAD, ISL ó ADM. DELEGADA	
				<input type="text"/> NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO	
3		<input type="text"/> RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR(A)		<input type="text"/> RUN	
				<input type="text"/> MUTUALIDAD, ISL ó ADM. DELEGADA	
				<input type="text"/> NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO	
4		<input type="text"/> RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR(A)		<input type="text"/> RUN	
				<input type="text"/> MUTUALIDAD, ISL ó ADM. DELEGADA	
				<input type="text"/> NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO	
5		<input type="text"/> RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR(A)		<input type="text"/> RUN	
				<input type="text"/> MUTUALIDAD, ISL ó ADM. DELEGADA	
				<input type="text"/> NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO	
A.3 CANTIDAD DE DÍAS QUE TRASPASA					
<input type="text"/> N° DE DÍAS*		<input type="text"/> N° DE DÍAS EN PALABRAS			
A.4 IDENTIFICACIÓN DEL PADRE O MADRE DEL MENOR, A QUIEN SE TRASPASA EL BENEFICIO					
<input type="text"/> APELLIDO PATERNO		<input type="text"/> APELLIDO MATERNO		<input type="text"/> NOMBRES	
				<input type="text"/> RUN	
☐ 1 = Padre ☐ 2 = Madre		<input type="text"/> del menor		<input type="text"/> APELLIDO PATERNO	
				<input type="text"/> APELLIDO MATERNO	
				<input type="text"/> NOMBRES	
				<input type="text"/> RUN	
<p>Por medio del presente se manifiesta la voluntad del titular del beneficio SANNA para realizar el traspaso de sus días de permiso hacia el padre o madre del menor que se identificó en esta sección, quien también es beneficiario del seguro y no se encuentra haciendo uso del permiso.</p>					
		<input type="text"/> DÍA		<input type="text"/> MES	
		<input type="text"/> AÑO		<input type="text"/> FIRMA TRABAJADOR(A) QUE TRASPASA DÍAS DEL SANNA	
		<input type="text"/> FECHA DEL FORMULARIO			
SECCIÓN B: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PADRE O MADRE A QUIEN SE TRASPASA EL BENEFICIO SANNA					
Deben presentarse igual número de formularios para el traspaso del permiso SANNA, como empleadores disponga el trabajador(a), completando por cada uno la siguiente información:					
A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR(A) Y SU(S) EMPLEADORES(AS)					
<input type="text"/> APELLIDO PATERNO		<input type="text"/> APELLIDO MATERNO		<input type="text"/> NOMBRES	
				<input type="text"/> RUN	
A.2 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR(A)					
<input type="text"/> RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR(A)		<input type="text"/> RUN		<input type="text"/> MUTUALIDAD, ISL ó ADM. DELEGADA	
				<input type="text"/> NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO	
<p>Por medio del presente se manifiesta que soy beneficiario(a) del seguro y que el titular del beneficio SANNA que me traspasa sus días de permiso, cumple con todas las condiciones requeridas para ello.</p>					
		<input type="text"/> DÍA		<input type="text"/> MES	
		<input type="text"/> AÑO		<input type="text"/> FIRMA TRABAJADOR(A) QUE RECIBE DÍAS DEL SANNA	
		<input type="text"/> FECHA DEL FORMULARIO			
NOTAS					
Para que proceda el traspaso ambos padres deben ser trabajadores con derecho al SANNA.					
Puede traspasarse la totalidad del permiso, por periodos de hasta 15 o 30 días, según sea en jornada completa o parcial, una vez agotados los días que le corresponden al padre o madre que hará uso de los días traspasados. De esta forma, en caso de cáncer, pueden traspasarse un total de hasta 90 días, en caso de trasplante, hasta 90 días y en caso de accidente grave con riesgo de muerte o de secuela funcional grave y permanente, hasta 30 días de permiso.					
En caso de fase o estado terminal de la vida no opera el traspaso del beneficio.					
Hasta el 31 de diciembre de 2019, en caso de tratamiento destinado al alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado, cuando ambos padres sean trabajadores con derecho a las prestaciones del Seguro, cualquiera de ellos podrá traspasar al otro, hasta el total del periodo máximo de permiso que le corresponda, esto es, hasta 60 días (por periodo de hasta 15 días).					
En caso que el trabajador(a) que hará uso del permiso tenga más de un empleador, debá remitir los avisos respectivos a cada uno de ellos.					

 <p>JUNJI Ministerio de Educación</p> <p>Gobierno de Chile</p>	<p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA</p>	<p>Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 59 de 65</p>
--	--	---

ANEXO 4: ZONA DE TRAMITACIÓN DEL EMPLEADOR

 <p>FORMULARIO LICENCIA MÉDICA SANNA Seguro para el Acompañamiento de los Niños y Niñas (SANNA), Ley N° 21.063.</p>		<p>Otorgamiento de permiso SANNA N° <input type="text"/> - <input type="text"/> Uso exclusivo Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN)</p>
<p>SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR</p>		
<p>C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR(A), TRABAJADOR(A) INDEPENDIENTE O CESANTE TEMPORAL</p>		
<p>RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR(A) <input type="text"/></p>		
<p><input type="text"/> - <input type="text"/> (56) <input type="text"/></p> <p>RUN EMPLEADOR TELÉFONO</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DÍA MES AÑO</p>	<p>FECHA DE RECEPCIÓN POR EL EMPLEADOR</p>
<p>CORREO ELECTRÓNICO DEL EMPLEADOR(A) (Constituye mecanismo de comunicación oficial con la contraloría médica y entidad pagadora del subsidio) <input type="text"/></p>		
<p><input type="text"/> - <input type="text"/></p> <p>RUN TRABAJADOR</p>	<p>DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR(A) <input type="text"/></p>	
<p>COMUNA DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR(A) <input type="text"/></p>		<p>CÓDIGO COMUNAL (uso COMPIN) <input type="text"/></p>
<p>ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR(A)</p> <p>0=Agricultura, Servicios Agrícolas, Silvicultura y Pesca 1=Minas, Petróleos y Canteras 2=Industrias Manufactureras 3=Construcción 4=Electricidad, Gas y Agua 5=Comercio 6=Transporte, Almacenamiento y Comunicaciones 7=Finanzas, Seguros, Bienes Muebles y Servicios Técnicos, Profesionales y Otros 8=Servicios Estatales, Sociales, Personales e Internacionales 9=Actividad No Especificada</p>	<p>OCUPACIÓN</p> <p>11=Ejecutivo o Directivo 12=Profesor 13=Otro Profesional 14=Técnico 15=Vendedor 16=Administrativo 17=Operario, Trabajador Manual 18=Trabajador de Casa Particular 19=Otro (Especificar)</p>	
<p>C.2 IDENTIFICACIÓN DEL RÉGIMEN PREVISIONAL DEL TRABAJADOR(A) Y ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO</p>		
<p>RÉGIMEN PREVISIONAL</p> <p>☐ 1=D.L. 3501 IPS (ex INP) ☐ 2=D.L. 3500 A.F.P. Código <input type="text"/> Letra (Caja Prev.) <input type="text"/> Nombre <input type="text"/> Int. Prev. <input type="text"/></p>	<p>CALIDAD TRABAJADOR(A)</p> <p>☐ 1=Trabajador sector público afecto a la Ley n° 18.834. ☐ 2=Trabajador sector público no afecto a la Ley n° 18.834. ☐ 3=Trabajador dependiente sector privado ☐ 4=Trabajador independiente</p>	<p>SEGURO DESEMPLEO</p> <p>Trabajador afiliado a AFC ☐ 1=Si 2=No Contrato de duración indefinida ☐ 1=Si 2=No</p>
<p>ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN:</p>		
<p>RÉGIMEN LEY N° 16.744 ÚLTIMO EN CASO DE CESANTE TEMPORAL</p> <p>☐ I=ISL ☐ J=ACHS ☐ K=MUTUAL ☐ L=IST ☐ M=DIVISIONES DE CODELCO ☐ N=UNIVERSIDAD CATÓLICA</p>	<p>RÉGIMEN SALUD COMÚN</p> <p>☐ O=FONASA (7%) ☐ P=ISAPRE NOMBRE: <input type="text"/> COTIZACIÓN: <input type="text"/> PACTADA: <input type="text"/> UF</p>	<p>FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DÍA MES AÑO</p>
		<p>FECHA CONTRATO DE TRABAJO</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DÍA MES AÑO</p>
<p>CESANTE TEMPORAL ☐ 1=Si, 2=No</p>		
<p>Sección exclusiva para cesante temporal</p>		
<p>ÚLTIMO TIPO DE CONTRATO: ☐ 1=Indefinido ☐ 2=Plazo fijo ☐ 3=Obra o Faena</p>		
<p>FECHA DEL ÚLTIMO CONTRATO DE TRABAJO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DÍA MES AÑO</p>		
<p>FECHA DE INICIO DE CENSANTIA TEMPORAL: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DÍA MES AÑO</p>		
<p>FECHA DE RECEPCIÓN COMPIN</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DÍA MES AÑO</p>		
<p>NOTAS El formulario de permiso SANNA deberá ser remitido por el empleador SIEMPRE a la COMPIN del domicilio donde presta servicios el trabajador(a), tanto de afiliados a FONASA como a ISAPRE. Solamente se podrá hacer uso del permiso SANNA una vez finalizada la licencia médica por enfermedad común o laboral, maternal y permiso postnatal parental, incluida la de enfermedad grave de niño mayor de 1 año; o feriado legal o permiso con o sin goce de remuneración. El permiso en Jornada parcial será compatible con el pago de subsidio de origen común, laboral o de otro beneficio de protección a la maternidad utilizado en jornada parcial. El empleador(a) deberá devolver formulario de permiso SANNA al trabajador(a) cuando le conste que éste se encuentra haciendo uso de los beneficios o permisos laborales indicados. El trabajador(a) temporalmente cesante debe señalar el organismo administrador del Seguro de la Ley N°16.744 de su último empleador.</p>		

ANEXO 4: ZONA DE TRAMITACIÓN DEL EMPLEADOR (CONTINUACIÓN)

[illegible]

 <p>JUNJI Ministerio de Educación</p> <p>Gobierno de Chile</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA</p>	<p>Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 61 de 65</p>
--	--	---

ANEXO B

MODELO RESOLUCIÓN EXENTA

 <p>JUNJI Ministerio de Educación</p> <p>Gobierno de Chile</p>	<p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA</p>	<p>Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 62 de 65</p>
--	---	---

RESOLUCIÓN EXENTA Nº 015/

REF: AUTORIZA PERMISO LEY 21.063, CON EL OBJETO DE AUSENTARSE PARA PRESTAR ATENCION, ACOMPAÑAMIENTO O CUIDADO PERSONAL A HIJOS E HIJAS MAYORES DE 1 AÑOS Y MENORES DE 15 Ó 18 AÑOS DE EDAD, LEY SANNA, A PERSONA QUE INDICA.

SANTIAGO,

VISTOS: Lo dispuesto en la Ley Nº 17.301 de 1970 que crea la Junta Nacional de Jardines Infantiles; Decreto Supremo Nº1574 de 1971 del Ministerio de Educación que aprueba Reglamento de la Ley Nº17.301; DL. Nº 249/74 fija la Escala única de Remuneración del Sector Público, Ley Nº18.575 Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; DFL. Nº 29 que fija texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley Nº 18.834; Ley Nº21.063 que crea un Seguro para el Acompañamiento de Niños y Niñas que padezcan las Enfermedades que indica, y modifica el código del trabajo para estos efectos, Resolución Nº 245/2012, de la Contraloría General de la República, que señala nuevos servicios sujetos al sistema de registro electrónico, posterga vigencia de obligación que indica y fija modo de numeración de exentos en materias que señala; Resolución Nº 574/2014, de la Contraloría General de la República, que señala nuevos servicios sujetos al sistema de información y control del personal de la administración del estado, toma de razón automática, SIAPER TRA; Resolución Nº 7/2016, de la Contraloría General de la República, que incorpora nuevos servicios al sistema de información y control del personal de la administración del estado (SIAPER), previsto en la Ley Nº 20.766; Resolución Nº 11/2016, de la Contraloría General de la República, que somete al sistema de información y control del personal de la administración del estado, SIAPER, los actos administrativos relativos a personal; Resolución Nº10/2017 fija normas sobre exención del trámite de toma de razón de las materias de personal que se indican, Resolución Nº11, de fecha 19 de mayo de 2017 que aprueba y refunde en un texto único, delegación de facultades de la Vicepresidenta Ejecutiva de la JUNJI en funcionarios que indica.

CONSIDERANDO:

I. Que, con fecha 30 de diciembre del 2017, se publicó en el Diario Oficial de la República de Chile, la Ley Nº21.063 que introdujo diversas modificaciones al Código del Trabajo y estableció un Seguro para el acompañamiento de niños y niñas afectados por determinadas contingencias, en adelante SANNA.

 <p>JUNJI Ministerio de Educación</p> <p>Gobierno de Chile</p>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA	Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 63 de 65
--	---	--

II. Que, son beneficiarios de este Seguro las personas que tengan la calidad de funcionarios públicos, y que sean padre o madre de un niño o niña mayor de 1 año y menor de 15 o 18, según corresponda, afectado o afectada por una condición grave de salud, según lo establecido en el artículo 7 de la Ley N°21.063.

RESUELVO:

I. **AUTORIZÁSE** permiso Ley 21.063, con el objeto de ausentarse para prestar atención, acompañamiento o cuidado personal a hijos e hijas mayores de 1 años y menores de 15 ó 18 años de edad, según lo establecido en la Ley SANNA, a la persona que se individualiza a continuación por el período y términos que se señalan:

ANTECEDENTES BENEFICIARIO/A

NOMBRE :
CÉDULA DE IDENTIDAD :
CARGO :
GRADO :
CALIDAD JURÍDICA :
DEPENDENCIA :
ENTIDAD DE SALUD DE ORIGEN :

ANTECEDENTES DEL CAUSANTE

NOMBRE HIJO/A :
CÉDULA NACIONAL DE IDENTIDAD :
FECHA DE NACIMIENTO :
CONDICION GRAVE DE SALUD :
N° LICENCIA MÉDICA :
FECHA DE INICIO :
FECHA DE TÉRMINO :
MODALIDAD DE JORNADA :

ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

: ASOCIACIÓN CHILENA DE SEGURIDAD

II. **DEJASE ESTABLECIDO**, que los antecedentes requeridos para la acreditación de cada condición grave de salud y otros señalados en la ley según, son presentados y tramitados en conjunto a la licencia médica en la **Entidad de Salud COMPIN.**

	<p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA</p>	<p>Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 64 de 65</p>
---	---	---

Imputación Partida 09-11-01
Subtítulo 21.02.001.003.-

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE

XXXXXXXXXXXXX
DIRECTOR/A REGIONAL

MJS/EVDR/CAE/MSDC

DISTRIBUCIÓN

- ✓ Oficina de Personal
 - ✓ Oficina de Remuneraciones
 - ✓ Oficina de Licencias Médicas
 - ✓ Archivos Oficina de Partes
 - ✓ Funcionaria/o Interesada/o
- XXXXXXXXXXXXX

SIAPER_____ /

 <p>JUNJI Ministerio de Educación</p> <p>Gobierno de Chile</p>	<p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS LEY SANNA</p>	<p>Código : 00 Versión : 01 Fecha : 25/04/16 Página : 65 de 65</p>
--	---	---

ANEXO C

CARPETA COMPARTIDA

Nombre	Fecha de modifica...	Tipo	Tamaño
 Circular 3346 SUSESO	07-05-2018 17:53	Adobe Acrobat D...	9.982 KB
 DFL-44_24-JUL-1978	04-07-2018 9:45	Adobe Acrobat D...	56 KB
 FORMULARIO LICENCIA MEDICA LEY SANNA EMPLEADOR	07-05-2018 17:53	Adobe Acrobat D...	860 KB
 FORMULARIO LICENCIA MEDICA LEY SANNA FUNCIONARIO	07-05-2018 17:53	Adobe Acrobat D...	887 KB
 FORMULARIO TRASPASO PERMISO LEY SANNA	07-05-2018 17:53	Adobe Acrobat D...	680 KB
 INSTRUCCIONES LEY 21 063 LEY SANNA	07-05-2018 17:53	Elemento de Outl...	18.679 KB
 Ley-20894_26-ENE-2016	23-04-2018 17:56	Adobe Acrobat D...	48 KB
 Ley-21063_30-DIC-2017	07-05-2018 17:53	Adobe Acrobat D...	83 KB
 PLANILLA DE CALCULO (ACHS,CURATIVA,SANNA) V5.7	04-07-2018 12:33	Hoja de cálculo d...	1.191 KB
 Presentación de la SUSESO	07-05-2018 17:53	Adobe Acrobat D...	3.062 KB
 Presentación JUNJI LEY SANNA	05-07-2018 17:54	Adobe Acrobat D...	6.565 KB
 RES. LEY SANNA	05-07-2018 11:07	Documento de Mi...	188 KB
 ANEXO 14 MANUAL LEY SANNA N° 21.063	17-07-2018 13:04	Adobe Acrobat D...	7.808 KB