



FORMULARIO LICENCIA MÉDICA SANNA

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

Otorgamiento de permiso SANNA

N°

S

-

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																APELLIDO MATERNO																NOMBRES																RUN																																															
DÍA				MES				AÑO				DÍA				MES				AÑO				M o F																																																																							
FECHA OTORGAMIENTO								FECHA INICIO PERMISO								EDAD				SEXO				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. FIRMA DEL TRABAJADOR(A)																																																																							
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)																																																																																															

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

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO(A)

APELLIDO PATERNO																APELLIDO MATERNO																NOMBRES																RUN																															
DÍA				MES				AÑO				DÍA				MES				AÑO				M o F																																																							
FECHA DE NACIMIENTO								EDAD								SEXO																																																															

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
☐	E = ENFERMEDAD GRAVE QUE REQUIERA HOSPITALIZACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS O DE TRATAMIENTOS INTERMEDIOS

A.4 CARACTERÍSTICAS DEL REPOSO

☐	1 = Reposo Laboral Total	☐	SÓLO PARA REPOSO PARCIAL	☐	A = Mañana
☐	2 = Reposo Laboral Parcial	☐		☐	B = Tarde
☐	1 = Tratamiento Activo	☐	LUGAR DE REPOSO	☐	C = Noche
☐	2 = Seguimiento	☐		☐	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																REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL																FIRMA DEL PROFESIONAL																																															
CORREO ELECTRÓNICO																																																																																															
DIRECCIÓN																																TELÉFONO																																																															

A.6 IDIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL																OTROS DIAGNÓSTICOS															
ANTECEDENTES CLÍNICOS																															
EXÁMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO																															

SECCIÓN C: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR(A), TRABAJADOR(A) INDEPENDIENTE O CESANTE TEMPORAL

RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR(A)																													
RUN/RUT EMPLEADOR					TELÉFONO					FECHA DE RECEPCIÓN POR EL EMPLEADOR																			
CORREO ELECTRÓNICO DEL EMPLEADOR(A) (Constituye mecanismo de comunicación oficial con la contraloría médica y entidad pagadora del subsidio)																													
RUN TRABAJADOR										DIRECCIÓN DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR(A)																			
COMUNA DONDE CUMPLE FUNCIONES EL TRABAJADOR(A)															CÓDIGO COMUNAL (uso COMPIN)														

ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR(A)	
☐	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

OCUPACIÓN	
☐	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)

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

RÉGIMEN PREVISIONAL	CALIDAD TRABAJADOR(A)	SEGURO DESEMPLEO
☐ 1=D.L. 3501 IPS (ex INP)	☐ 1=Trabajador sector público afecto a la Ley n° 18.834.	Trabajador afiliado a AFC ☐ 1=Sí
☐ 2=D.L. 3500 A.F.P.	☐ 2=Trabajador sector público no afecto a la Ley n° 18.834.	☐ 2=No
Código Letra (Caja Prev.)	☐ 3=Trabajador dependiente sector privado	Contrato de duración indefinida ☐ 1=Sí
Nombre	☐ 4=Trabajador Independiente	☐ 2=No
Int. Prev.		

ENTIDAD QUE DEBE PAGAR EL SUBSIDIO O MANTENER LA REMUNERACIÓN:

RÉGIMEN LEY N° 16.744 ÚLTIMO EN CASO DE CESANTE TEMPORAL	RÉGIMEN SALUD COMÚN	FECHA PRIMERA AFILIACIÓN ENTIDAD PREVISIONAL	FECHA CONTRATO DE TRABAJO
☐ I=ISL	☐ O=FONASA (7%)		
☐ J=ACHS	☐ P=ISAPRE		
☐ K=MUTUAL	NOMBRE:		
☐ L=IST	COTIZACIÓN PACTADA: UF		
☐ M=DIVISIONES DE CODELCO			
☐ N=UNIVERSIDAD CATÓLICA			

CESANTE TEMPORAL	☐ 1=Sí, 2=No
Sección exclusiva para cesante temporal	
ÚLTIMO TIPO DE CONTRATO: ☐	1=Indefinido
	2=Plazo fijo
	3=Obra o Faena
FECHA DEL ÚLTIMO CONTRATO DE TRABAJO:	
	DÍA MES AÑO
FECHA DE INICIO DE CESANTIA TEMPORAL:	
	DÍA MES AÑO

FECHA DE RECEPCIÓN COMPIN
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.

