



No

Uso exclusivo Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN)

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

(56)

(56)

EXÂMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO



Nº **S** -

Uso exclusivo Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN)

SECCIÓN B: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

TIPO DE PRONUNCIAMIENTO										RESOLUCIÓN N°										ESTABLECIMIENTO										CÓDIGO ESTABLECIMIENTO																																																	
TIPO DE LICENCIA 8 LM SANNA										DESDE DÍA MES AÑO										HASTA DÍA MES AÑO										AUTORIZADO POR DÍAS										DIAGNÓSTICO 										NUEVO DIAGNÓSTICO 1 = Sí 2 = No										N° DÍAS PREVIOS DÍAS										1 = Primera 2 = Continuación 1 = Tratamiento Activo 2 = Seguimiento									
1 = Autorizare 2 = Rechazase 3 = Ampliase 4 = Redúcese 5 = Pendiente de Resolución										CAUSA RECHAZO 1 = Reposo Injustificado 2 = Diagnóstico Irrecuperable 3 = Fuera de Plazo 4 = Incumplimiento 5 = Otro(Especificar)										1 = Reposo Laboral Total 2 = Reposo Laboral Parcial										SÓLO PARA REPOSO PARCIAL A = Mañana B = Tarde C = Noche										A = Con derecho a subsidio una vez verificados los requisitos dispuestos en el D.F.L. N° 44/78, Ley 18.469 y Ley 16.744. B = Con derecho a subsidio de cargo del empleador o entidad responsable Art. 56. C = Sin derecho a subsidio.																																							
REDICTAMEN																																																																															

[illegible]

FECHA DE RECEPCIÓN EN COMPIN	FECHA DE EMISIÓN RESOLUCIÓN	REDICTAMEN
DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

El artículo 174 del DFL 1, de 2005, del Ministerio de Salud sanciona la simulación o engaño, con reclusión menor en sus grados mínimo a medio.

NOMBRE, TIMBRE Y FIRMA MÉDICO AUTORIZADO

--	--	--	--	--	--	--	--

REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

Recorte aquí al momento de la recepción por parte del empleador(a) y entregue al trabajador(a)



Sr(a) Trabajador(a) exija la entrega de este comprobante debidamente completo

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR(A)

																																								-	
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRES										RUN											
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO																																				
FECHA OTORGAMIENTO			FECHA INICIO PERMISO			Nº DE DÍAS		Nº DE DÍAS EN PALABRAS										EDAD		SEXO																					

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO(A)

[illegible]

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/a 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.

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