

## **2.2. Contenido de la Licencia Médica Electrónica.**

El contenido de la Licencia Médica Electrónica es el mismo que el de la licencia médica en formulario de papel. Las denominadas “secciones” del formulario de papel, en el documento electrónico corresponden o se manifiestan en “zonas”, según se detalla en el siguiente punto.

### **2.2.1. Zonas de la Licencia Médica Electrónica.**

- 0** Zona de identificación única de la licencia médica electrónica: Se indica su tipo, el folio asignado, el estado de la licencia médica electrónica, junto a otros antecedentes de su emisión y tramitación.
- A** Zona de uso y responsabilidad exclusiva del profesional: El profesional debe completar, únicamente la sección A del formulario. Entre los antecedentes que debe consignar el profesional que la emite se encuentran:
- A.1** Identificación del trabajador: Identificación del trabajador o trabajadora (nombre completo, rut, edad y sexo); fecha de emisión de la licencia; fecha de inicio del reposo; días de duración de la licencia en números y en palabras.
  - A.2** Identificación del hijo: Identificación del hijo, en caso de la licencia médica por enfermedad grave del hijo menor de un año y post natales (nombre completo, fecha de nacimiento y rut).
  - A.3** Tipo de licencia: Las licencias médicas pueden ser otorgadas por alguna de las siguientes causas específicas:
    - (1) Enfermedad o accidente común
    - (2) Prórroga medicina preventiva
    - (3) Licencia maternal pre y postnatal
    - (4) Enfermedad grave del hijo menor de un año
    - (5) Accidente del trabajo o del trayecto
    - (6) Enfermedad profesional
    - (7) Patología del embarazoAdemás se debe especificar la recuperabilidad de la capacidad para trabajar, circunstancia de haberse iniciado trámite de invalidez, indicar si se trata de un accidente del trayecto o no, fecha y hora del accidente del trabajo o del trayecto y fecha de la concepción para licencias tipo 3 y 7.
  - A.4** Características del reposo: según sea total o parcial y, en el último caso, si es de mañana, tarde o noche. Además se debe especificar el lugar de reposo, indicando que se deberá cumplir en su domicilio, hospital u otro domicilio y, en este último caso, el motivo del cambio de domicilio de reposo, su dirección y teléfono, incluyendo teléfono de contacto.
  - A.5** Identificación del profesional: Identificación completa del profesional otorgante, especificando datos personales y especialidad.
  - A.6** Diagnóstico principal: Diagnóstico principal y otros diagnósticos incluyendo los antecedentes clínicos y exámenes de apoyo al diagnóstico (fecha de la intervención quirúrgica u otros procedimientos, complicaciones de las patologías, entre otros).
  - A.7** **A.F** Firmas del profesional y del Trabajador.
- B** Zona de uso exclusivo de Servicio de Salud o Isapre: La institución debe completar, únicamente la sección B del formulario. Entre los antecedentes que debe consignar se encuentra el nombre del Servicio de Salud o Isapre, el N° de la resolución, el nombre del establecimiento, el código del establecimiento, el tipo de licencia médica según la entidad contralora y toda la información de un posible nuevo dictamen respecto de la licencia primeramente otorgada por el profesional.
- B.F** Firma del médico autorizado por el servicio de salud o ISAPRE.
- C** Zona de responsabilidad exclusiva del empleador. El empleador deberá completar, únicamente la sección C del formulario. Entre los antecedentes que debe consignar se encuentran:
- C.1** Identificación del empleador o trabajador independiente: Identificación completa respecto de la razón social de la entidad empleadora o nombre del trabajador independiente, run, teléfono, fecha de recepción de la licencia, dirección donde cumple funciones el Trabajador, la actividad y ocupación del trabajador y en caso de que la institución presente la licencia en una Caja de Compensación de Asignación Familiar (CCAF) se debe indicar la fecha en que esto se realiza.

- C.2 Identificación del régimen previsional del trabajador y entidad pagadora de subsidio.
- C.3 Informe de remuneraciones rentas y/o subsidios: Información de remuneraciones de meses anteriores a la fecha de incapacidad distinguiendo los casos de las licencias maternales e indicando el porcentaje de desahucio.
- C.4 Licencias anteriores en los últimos 6 meses: Información de licencias médicas emitidas con anterioridad.
- C.F Firma del Empleador o Trabajador Independiente.

### 2.2.2. Datos de la Licencia Médica Electrónica.

Los datos que conforman la Licencia Médica Electrónica se especifican en una tabla, donde cada columna señala lo siguiente:

- a) **Glosa:** Nombre del elemento del documento electrónico.
- b) **Descripción:** Explicación comprensiva del elemento.
- c) **Tag:** Nombre del tag en el documento electrónico del <elemento> o “atributo”.
- d) **Tipo:** Tipo de dato que puede tomar el valor del campo. Estos pueden ser:
  - i) Alfanumérico (String), algunos caracteres como ‘&’ y ‘<’ deben ser reemplazados por la secuencia de escape que el estándar que se utilizará define para dichos caracteres.
  - ii) Numérico (Integer), no debe incluirse separador de miles.
  - iii) Decimal (decimal), los decimales se separan con punto y se indican sólo cuando el valor que se desea incluir contiene decimales significativos.
  - iv) Fecha (Date), tipo de dato estándar en formato AAAA-MM-DD.
  - v) Hora (Time), tipo de dato estándar en formato HH:MM:SS.
  - vi) Fecha Hora (DateTime), tipo de dato estándar en formato AAAA-MM-DDTHH:MM:SS.
  - vii) STXXX, tipos simples definidos a partir de tipos de datos estándares.
  - viii) CTXXX, tipos complejos definidos a partir de tipos de datos estándares.
- e) **Validación:** Validación realizada en el tipo de dato definido.
- f) **I:** Código de impresión del campo. Si el código es I, el campo debe ser impreso. La impresión de un dato no debe necesariamente ser igual al formato que se especifica en el presente documento. Como ejemplo, una fecha no tiene necesariamente que estar en el formato AAAA-MM-DD, sino que puede ser impresa con el mes en letras o cambiando el orden en que aparecen el año, el mes y día, de manera de facilitar su lectura. Adicionalmente, se puede optar porque un dato que es obligatorio imprimir, esté preimpreso. Si el código es N, no es obligatorio que el campo sea impreso en el documento.
- g) **O:** Código de obligatoriedad. Si el código es 1, el dato es obligatorio. El dato debe estar en el documento siempre, independiente de las características de la transacción. Si el código es 2, el dato es condicional. El dato no es obligatorio en todos los documentos, pero pasa a ser obligatorio en determinadas operaciones si se cumple una cierta condición que emana del propio formulario. Si el código es 3, el dato es opcional.

**ZONA 0**  
**IDENTIFICACION DE LA LICENCIA MEDICA ELECTRONICA**

<b>INFORMACIÓN DE LA LICENCIA Y BITACORA DE ESTADOS</b>									
<b>#</b>	<b>GLOSA</b>	<b>DESCRIPCION</b>	<b>TAG</b>	<b>TIPO</b>	<b>VALIDACION</b>	<b>I</b>	<b>O</b>		
1	Folio Licencia	Folio de la licencia médica electrónica	<id_licencia>	STRut	ALGORITMO MODULO 11	I	1		
2	RUT Operador	RUT del Operador de LME	<rut_operador>	STRut	ALGORITMO MODULO 11	N	1		
3	Tipo de formulario	Tipo de formulario de la licencia médica electrónica	<codigo_tipo_formulario>	STTipo_formulario	1: PRESTADOR INSTITUCIONAL 2: PRESTADOR INDIVIDUAL 3: LICENCIA MEDICA ELECTRONICA	I	1		
4	Empleador Adscrito	Indicación si el empleador se encuentra adscrito o no	<empleador_adscrito>	STSino		N	1		
5	Código Entidad	Código de la entidad que tramita	<codigo_entidad>	STCodigo_entidad		N	1		
6	Código Operador	Código del Operador de LME	<codigo_operador>	STCodigoOperador		N	1		
7	Estado de la Licencia	Estado de tramitación de la licencia médica	<estado>	CTEstado		N	1		
8	Fecha Estado	Fecha y hora en la que cambió de estado la licencia médica				N	1		
9	Motivo no recepción	Motivo de no recepción de la licencia médica electrónica por parte del empleador				1: INEXISTENCIA DE RELACIÓN LABORAL. 2: RELACIÓN LABORAL TERMINADA 3: TRABAJADOR CON PERMISO SIN GOCE DE SUELDO. 4: TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO CON FERIADO LEGAL. 5: OTRAS RAZONES	N	3	
10	Fecha término relación	Fecha en la que se terminó la relación laboral con el trabajador				N	2		
11	Rut empleador	Rut del empleador				N	3		
12	Código de tramitación CCAF	Código de tramitación de LME asociados a una CCAF				N	3		
13	Motivo de devolución CCAF	Códigos de motivos de devolución de LME por parte de CCAF, Isapres o FONASA				N	3		
14	Motivo de devolución (otro)	Campo de texto libre utilizado por CCAF o FONASA				N	3		
15	Tipo de liquidación CCAF	Código de tipos de liquidación por parte de la CCAF				N	3		
16	Cantidad de licencias emitidas	Indica el número de licencias emitidas para el mismo trabajador en conjunto a la actual.				N	3		
<b>FIRMA DE OPERADOR</b>									
<b>#</b>	<b>GLOSA</b>	<b>DESCRIPCION</b>			<b>TAG</b>	<b>TIPO</b>	<b>VALIDACION</b>	<b>I</b>	<b>O</b>
17	Firma de Operador	Firma digital (PKI) del Operador de LME			<firma>	CTFirma		N	1

**ZONA A**  
**USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL**

<b>A.1 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR</b>						
#	GLOSA	DESCRIPCION	TAG	TIPO	VALIDACION	I O
18	Apellido Paterno	Apellido paterno del trabajador	<trabajador>	CTPersona		I 1
19	Apellido Materno	Apellido materno del trabajador				I 1
20	Nombres	Nombres del trabajador				I 1
21	RUT	RUT del trabajador				I 1
22	Edad	Edad del trabajador				I 1
23	Sexo	Sexo del trabajador				I 1
24	Fecha Emisión Licencia	Fecha en que es emitida la licencia médica	<fecha_emision>	DateTime		I 1
25	Fecha Inicio Reposo	Fecha en la que el trabajador Inicia reposo	<fecha_inicio_reposo>	DateTime		I 1
26	N° de Días	N° de días de reposo	<tra_ndias>	Integer		I 1
27	N° de Días en palabras	N° de días de reposo en palabras	<tra_ndias_palabras>	String		I 1
<b>A.2 IDENTIFICACION DEL HIJO</b>						
#	GLOSA	DESCRIPCION	TAG	TIPO	VALIDACION	I O
28	Apellido Paterno	Apellido paterno del hijo	<hijo>	CTPersona		I 3
29	Apellido Materno	Apellido materno del hijo				I 3
30	Nombres	Nombres del hijo				I 3
31	RUT	RUT del hijo				I 2
32	Fecha de Nacimiento	Fecha de nacimiento del hijo				I 2
<b>A.3 TIPO DE LICENCIA</b>						
#	GLOSA	DESCRIPCION	TAG	TIPO	VALIDACION	I O
33	Tipo de licencia	Tipo de licencia	<codigo_tipo_licencia>	STTipo_licencia	1: ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN 2: PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA 3: LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL 4: ENFERMEDAD GRAVE DE HIJO MENOR DE 1 AÑO 5: ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO 6: ENFERMEDAD PROFESIONAL 7: PATOLOGIA DEL EMBARAZO	I 1
34	Recuperabilidad laboral	Recuperabilidad laboral	<codigo_recuperabilidad>	STSiNo	1: SI 2: NO	I 1
35	Inicio trámite de invalidez	Inicio trámite de invalidez	<codigo_inicio_tram_inv>	STSiNo	1: SI 2: NO	I 1

36	Fecha del accidente	Fecha del accidente del trabajo o del trayecto	<fecha_accidente>	DateTime		I	2
37	Trayecto	Accidente en el trayecto	<codigo_trayecto>	STSiNo	1: SI 2: NO	I	2
38	Fecha de concepción	Fecha de la concepción del accidente	<fecha_concepcion>	Date		I	2

A.4 CARACTERISTICAS DEL REPOSO							
#	GLOSA	DESCRIPCION	TAG	TIPO	VALIDACION	I	O
39	Reposo total o parcial	Reposo laboral total o parcial	<codigo_tipo_reposo>	STTipo_reposo	1: REPOSO LABORAL TOTAL 2: REPOSO LABORAL PARCIAL	I	1
40	Jornada de reposo	Jornada del reposo	<codigo_jornada_reposo>	STJornada_reposo	A: MAÑANA B: TARDE C: NOCHE	I	2
41	Lugar de reposo	Lugar de reposo. Contiene información del lugar de reposo, dirección y justificación.	<codigo_lugar_reposo>	STLugar_reposo		I	1
42	Teléfono	Teléfono personal o de contacto.	<telefono_reposo>	CTTelefono		I	3

A.5 IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL							
#	GLOSA	DESCRIPCION	TAG	TIPO	VALIDACION	I	O
43	Apellido Paterno	Apellido paterno del profesional	<profesional>	CTPersona		I	1
44	Apellido Materno	Apellido materno del profesional				I	1
45	Nombres	Nombres del profesional				I	1
46	RUT	RUT del profesional				I	1
47	Especialidad	Especialidad de profesional	<prof_especialidad>	String		I	1
48	Tipo de Profesional	Tipo de profesional que puede emitir licencias médicas	<codigo_tipo_profesional>	STTipo_profesional	1: MEDICO; 2: DENTISTA; 3: MATRONA	I	1
49	Registro colegio	Registro del colegio profesional	<prof_registro_colegio>	String		I	3
50	Correo electrónico	Correo electrónico	<prof_email>	STEmail		I	3
51	Teléfono	Teléfono de oficina de atención del profesional	<prof_telefono>	CTTelefono		I	3
52	Dirección	Dirección de oficina de atención del profesional	<prof_direccion>	CTDireccion		I	1
53	Fax	Fax de oficina de atención del profesional	<prof_fax>	CTTelefono		I	3

A.6 DIAGNOSTICO							
#	GLOSA	DESCRIPCION	TAG	TIPO	VALIDACION	I	O
54	Diagnóstico principal	Diagnóstico principal	<diagnostico_principal>	String		I	1
55	Otros diagnósticos	Otros diagnósticos	<diagnostico_otro>	String		I	3
56	Antecedentes clínicos	Antecedentes clínicos	<antecedentes_clinicos>	String		I	3
57	Exámenes de apoyo	Exámenes de apoyo al diagnóstico	<exámenes_apoyo>	String		I	3

A.C INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA							
#	GLOSA	DESCRIPCION	TAG	TIPO	VALIDACION	I	O

58	Código diagnostico principal	Código de diagnostico principal	<coddagnostico_principal>	String		N	1
59	diagnostico secundario	Diagnosotico secundario	<diagnostico_secundario>	String		N	3
60	Código diagnostico secundario	Código de diagnostico secundario	<coddagnostico_secundario>	String		N	3
61	Otros diagnosticos	Otros diagnósticos	<coddagnostico_otro>	String		N	3
62	Correo electronico trabajador	Correo electronico del trabajador	<email_trabajador>	STEmail		N	3
63	Canal de contacto	Forma de contacto con el trabajador	<canal_contacto>	STContacto	1: EMAIL; 2: CELULAR; 3: DIRECCION	N	3
64	Telefono celular	Telefono celular del trabajador	<celular_contacto>	Integer		N	3
65	Dirección	Dirección del trabajador	<direccion_contacto>	CTDireccion		N	3

<b>A.F FIRMAS DEL PROFESIONAL QUE OTORGA LA LICENCIA MEDICA Y DEL TRABAJADOR</b>							
<b>#</b>	<b>GLOSA</b>	<b>DESCRIPCION</b>	<b>TAG</b>	<b>TIPO</b>	<b>VALIDACION</b>	<b>I</b>	<b>O</b>
66	Firma Profesional	Firma digital (PKI / Huella ) del profesional	<firma>	CTFirma		N	1
67	Firma Trabajador	Firma digital (PKI / Huella ) del trabajador	<firma>	CTFirma		N	1

**ZONA B**  
**USO EXCLUSIVO SERVICIO DE SALUD O ISAPRE**

B.1		INFORMACION DEL PRONUNCIAMIENTO					
#	GLOSA	DESCRIPCION	TAG	TIPO	VALIDACION	I	O
68	Tipo de Pronunciamento	Tipo de Pronunciamento por parte de la entidad que se pronuncia	"tipo_pronunciamento"	STTipo_pronunciamento	1:PRONUNCIAMIENTO INICIAL 2: RECONSIDERACION 3: REDICTAMEN	I	1
69	Tipo pendiente	Código del motivo por el cual se encuentra pendiente de pronunciamiento	"tipo_pendiente"	STTipo_pendiente	1: PENDIENTE POR PERITAJE 2: PENDIENTE POR ANTECEDENTES MEDICOS 3: PENDIENTE POR FISCALIZACION DOMICILIARIA 4: PENDIENTE POR FISCALIZACION EMPRESA	N	3
70	Servicio de Salud o Isapre	Servicio de Salud o Isapre	<entidad>	String		I	1
71	N° Resolución	N° de la resolución	<n_resolucion>	STN_resolucion		I	1
72	Establecimiento	Nombre del establecimiento	<establecimiento>	String		I	1
73	Código establecimiento	Código del establecimiento	<codigo_establecimiento>	Integer		I	1
74	Tipo de licencia	Tipo de licencia médica	<codigo_tipo_licencia_entidad>	STTipo_licencia	1: ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN 2: PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA 3: LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL 4: ENFERMEDAD GRAVE DE HIJO MENOR DE 1 AÑO 5: ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO 6: ENFERMEDAD PROFESIONAL 7: PATOLOGIA DEL EMBARAZO	I	1
75	Fecha inicio	Fecha desde que parte la licencia	<entidad_fecha_desde>	Datetime		I	1
76	Fecha fin	Fecha en la que termina la licencia	<entidad_fecha_hasta>	DateTime		I	1
77	N° días autorizados	N° de días de reposo autorizados	<entidad_ndias>	Integer		I	1
78	Código diagnóstico	Código del diagnóstico	<codigo_diagnostico>	String		I	1
79	Continuación	Primera licencia o continuación de otra	<codigo_contiuacion>	STContinuacion	1: PRIMERA 2: CONTINUACION	I	1
80	N° días previos	N° días de licencia previa	<dias_previos>	Integer		I	2
81	Tipo de resolución	Tipo de resolución	<codigo_tipo_resolucion>	STTipo_resolucion	1: AUTORIZASE 2: RECHAZASE 3: AMPLIASE 4: REDUCESE 5: PENDIENTE DE RESOLUCION	I	1

82	Pendiente	Causa por la cual la licencia queda pendiente	<entidad_pendiente>	String		I	2
83	Redictamen	Redictamen	<codigo_redictamen>	StSiNo	1: SI 2: NO	I	2
84	Causa de rechazo	Causa de rechazo	<codigo_causa_rechazo>	STCausa_rechazo	1: REPOSO INJUSTIFICADO 2: DIAGNOSTICO IRRECUPERABLE 3: FUERA DE PLAZO 4: INCUMPLIMIENTO REPOSO 5: OTRO	I	2
85	Causa de modificación o rechazo	Causa de modificación o rechazo de la licencia	<entidad_causa>	String		I	2
86	Reposo autorizado	Tipo de reposo autorizado	<codigo_reposo_autorizado>	STTipo_reposo	1: REPOSO LABORAL TOTAL 2: REPOSO LABORAL PARCIAL	I	1
87	Jornada de reposo	Jornada de reposo	<codigo_jornada_reposo_autorizado>	STJornada_reposo	A: MAÑANA B: TARDE C: NOCHE	I	2
88	Derecho a subsidio	Tipo de derecho a subsidio	<codigo_derecho_subsidio>	STTipo_subsidio	A: CON DERECHO A SUBSIDIO UNA VEZ VERIFICADOS LOS REQUISITOS DISPUESTOS EN EL D.F.L. N° 44/78 Y LEY N° 16744 B: CON DERECHO A SUBSIDIO DE CARGO DEL EMPLEADOR O ENTIDAD RESPONSABLE ART. 56 DS N° 3/84 C: SIN DERECHO A SUBSIDIO	I	1
89	Fecha de recepción	Fecha de recepción en el Servicio de Salud o Isapre	<entidad_fecha_recepcion>	Datetime		I	1
90	Fecha de resolución	Fecha de resolución por parte del Servicio de Salud o Isapre	<fecha_resolucion>	Datetime		I	1
91	Fecha de redictamen	Fecha de redictamen	<fecha_redictamen>	Datetime		I	2
92	Identificación del contralor	Nombres y apellidos del médico autorizado por el Servicio de Salud o Isapre	<contralor_nombre>	String		I	1
93	RUT del médico contralor	RUT del médico autorizado por el Servicio de Salud o Isapre	<contralor_rut>	STRut		I	1
94	Registro colegio médico	Registro colegio médico del médico autorizado por el Servicio de Salud o Isapre	<contralor_registro_colegio>	String		I	3

B.F FIRMA DEL MEDICO AUTORIZADO POR EL SERVICIO DE SALUD O ISAPRE							
#	GLOSA	DESCRIPCION	TAG	TIPO	VALIDACION	I	O
95	Firma Asegurador	Firma Digital (PKI / Huella)	<firma>	CTFirma		N	1



**ZONA C**  
**RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLEADOR**

C.1		IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE					
#	GLOSA	DESCRIPCION	TAG	TIPO	VALIDACION	I	O
96	Razón social	Razón social del empleador o nombre del trabajador independiente	<emp_nombre>	String		I	1
97	RUT	RUT del empleador o trabajador independiente	<emp_rut>	STRut		I	1
98	Teléfono	Teléfono del empleador o trabajador independiente	<emp_telefono>	CTTelefono		I	1
99	Fecha recepción	Fecha de recepción de licencia por el empleador o trabajador independiente	<emp_fecha_recepcion>	Datetime		I	1
100	Dirección	Dirección donde cumple funciones el trabajador	<emp_direccion>	CTDireccion		I	1
101	Código comuna	Código comunal uso COMPIN	<codigo_comuna_compin>	Integer		I	2
102	Actividad laboral	Actividad laboral del trabajador	<codigo_actividad_laboral>	STActividad_laboral	0: AGRICULTURA, SERVICIOS AGRICOLAS, SILVICULTURA Y PESCA 1: MINAS, PETROLEOS 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 TECNICOS, PROFESIONALES Y OTROS 8: SERVICIOS ESTATALES, SOCIALES, PERSONALES E INTERNACIONALES 9: ACTIVIDAD NO ESPECIFICADA	I	1
103	Ocupación	Ocupación	<codigo_ocupacion>	STOcupacion	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	I	1
104	Otra ocupación	Especificación de la ocupación	<emp_otra_ocupacion>	String		I	2

C.2		IDENTIFICACION DEL REGIMEN PREVISIONAL DEL TRABAJADOR Y ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO					
#	GLOSA	DESCRIPCION	TAG	TIPO	VALIDACION	I	O
105	Fecha recepción	Fecha de recepción de licencia por la Caja de Compensación de Asignación Familiar (CCAF)	<prev_fecha_recepcion_ccaf>	Datetime		I	2
106	Tipo régimen previsional	Tipo de régimen previsional	<codigo_tipo_regimen_previsional>	STRegimen_previsional	1: D.L. 2501 INP 2: D.L. 3500 AFP	I	1
107	Código régimen previsional	Código de régimen previsional	<codigo_regimen_previsional>	String		I	1
108	Letra caja previsión	Letra de caja de previsión	<codigo_letra_caja>	String		I	2
109	Nombre previsión	Nombre de institución previsional	<prev_nombre>	String		I	1
110	Calidad del trabajador	Calidad de trabajador	<codigo_calidad_trabajador>	STCalidad_trabajador	1: TRABAJADOR SECTOR PUBLICO AFECTO A LEY 18.834 2: TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO NO AFECTO A LEY 18.834 3: TRABAJADOR DEPENDIENTE SECTOR PRIVADO 4: TRABAJADOR INDEPENDIENTE.	I	1
111	Seguro de desempleo AFC	Seguro de desempleo trabajador afiliado a AFC	<codigo_seguro_afc>	STSiNo	1: SI 2: NO	I	2
112	Seguro de desempleo indefinido	Seguro de desempleo trabajador con contrato de duración indefinida	<codigo_seguro_indef>	STSiNo	1: SI 2: NO	I	2
113	Fecha afiliación	Fecha primera afiliación a entidad previsional	<fecha_afiliacion>	Date		I	1
114	Fecha contrato	Fecha de contrato de trabajo	<fecha_contrato>	Date		I	1
115	Entidad pagadora	Entidad que debe pagar el subsidio o mantener la remuneración	<codigo_entidad_pagadora>	STEntidad_pagadora	A: SERVICIO DE SALUD B: ISAPRE C: CCAF D: EMPLEADOR E: SERVICIO DE SALUD F: MUTUAL G: INP H: EMPLEADOR	I	2
116	Nombre pagador	Nombre de entidad pagadora de subsidio	<prev_nombre_pagador>	String		I	1

C.3		INFORME DE REMUNERACIONES RENTAS Y/O SUBSIDIOS					
#	GLOSA	DESCRIPCION	TAG	TIPO	VALIDACION	I	O
117	Código previsión	Código institución previsional	<remuneracion>	CTRemuneracion	MAXIMO 12 REPETICIONES	I	1
118	Mes remuneraciones	Mes al cual corresponden las remuneraciones				I	1
119	Año remuneraciones	Año al cual corresponden las remuneraciones				I	1
120	N° días remuneraciones	N° de días a remunerar				I	1
121	Monto Imponible	Monto Imponible desahucio para trabajadores corporaciones municipales y públicos				I	1
122	Monto total	Monto total de remuneraciones imponibles para pensiones y salud (tope 60 UF)				I	1
123	Monto incapacidad laboral	Monto subsidio por incapacidad laboral				I	2
124	N° días incapacidad laboral	N° de días de subsidio por incapacidad laboral				I	2
125	% de desahucio	% de desahucio	<porcen_desahucio>	Decimal		I	1
126	Monto mes anterior	Monto imponible del mes anterior al inicio de la licencia médica	<monto_imponible_mes_anterior>	Integer		I	1

C.4		LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES					
#	GLOSA	DESCRIPCION	TAG	TIPO	VALIDACION	I	O
127	Licencias anteriores	Licencias anteriores	<lma_licencias>	STSiNo	1: SI 2: NO	I	1
128	Total de días	Total de días	<licencia_anterior>	CTLicencia_anterior	MAXIMO 12 REPETICIONES	I	2
129	Fecha inicio licencia anterior	Fecha de inicio de la licencia médica anterior				I	2
130	Fecha fin licencia anterior	Fecha de término de la licencia médica anterior				I	2

C.C		INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA					
#	GLOSA	DESCRIPCION	TAG	TIPO	VALIDACION	I	O
131	Código de tramitación CCAF	Código de la CCAF o FONASA	<codigo_tramitacion_CCAF>	STCodigoCCAF		N	1

132	Más de 100 trabajadores	Indica si el empleador tiene más de 100 trabajadores o no	<tiene_mas100>	STSiNo		N	3
133	Haberes	Detalle de los haberes	<haberes>	CTHaberes		N	1
134	Run del Hijo	RUN del hijo, si corresponde	<run_hijo>	STRut		N	3

C.F		FIRMA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE					
#	GLOSA	DESCRIPCION	TAG	TIPO	VALIDACION	I	O
135	Firma Empleador	Datos Zona C cifrados con llave privada del operador	<firma>	CTFirma		N	1

**ZONA D**  
**USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DE LA ENTIDAD PAGADORA**

D.1		REMUNERACIONES Y LIQUIDACION								
#	GLOSA	DESCRIPCION	TAG	TIPO	VALIDACION	I	O			
136	Código previsión	Código institución previsional	<remuneracion>	CTRemuneracion	MAXIMO 12 REPETICIONES	N	1			
137	Mes remuneraciones	Mes al cual corresponden las remuneraciones				N	1			
138	Año remuneraciones	Año al cual corresponden las remuneraciones				N	1			
139	N° días remuneraciones	N° de días a remunerar				N	1			
140	Monto Imponible	Monto Imponible desahucio para trabajadores corporaciones municipales y públicos				N	1			
141	Monto total	Monto total de remuneraciones imponibles para pensiones y salud (tope 60 UF)				N	1			
142	Monto incapacidad laboral	Monto subsidio por incapacidad laboral				N	2			
143	N° días incapacidad laboral	N° de días de subsidio por incapacidad laboral				N	2			
144	Periodo de la renta	Año y mes de la renta				<liquidación>	CTLiquidacion		N	1
145	Monto del subsidio diario	Valor del subsidio diario calculado							N	3
146	Monto de cotización de pensión	Valor de la cotización para Fondo de Pensiones	N	3						
147	Monto de cotización de salud	Valor de la cotización de salud	N	3						
148	Monto de cotización seguro de cesantía	Valor de la cotización del seguro de cesantía	N	3						
149	Monto subsidio a pagar	Valor del subsidio a pagar	N	3						
150	Fecha inicio de liquidación	Fecha de inicio del periodo a liquidar	N	3						
151	Fecha termino de liquidación	Fecha de termino del periodo a liquidar	N	3						
152	Fecha probable de pago	Fecha probable del pago	N	3						
153	Número de días de subsidio a pagar	Número de días de subsidio a pagar	N	3						
154	Número de días de cotización a pagar.	Número de días de cotización a pagar	N	3						
155	Tipo de liquidación CCAF	Atributo para indicar el tipo de liquidación	N	3						
156	Evento de liquidación CCAF	Atributo para indicar el tipo de pago de la liquidación.	N	3						

D.F		FIRMA DEL MEDICO AUTORIZADO POR EL SERVICIO DE SALUD O ISAPRE					
#	GLOSA	DESCRIPCION	TAG	TIPO	VALIDACION	I	O
157	Firma Entidad Pagadora	Datos Zona D cifrados con llave privada del operador	<firma>	CTFirma		N	1