



CONVENIO DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA TRABAJADORES/AS SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL Y/O MATERNAL

En Santiago de Chile, a _____, entre **Caja de Compensación de Asignación Familiar Los Héroes**, en adelante también “Los Héroes”, representada por su Gerenta División Operaciones y Tecnología doña Claudia Carrasco Cifuentes, ambos domiciliados en Avenida Holanda n°64, comuna de Providencia, y don(ña) _____, Rut: _____, en adelante también “El/La Trabajador/a” o “El/la Beneficiario/a”, Domiciliado/a en _____, comuna de _____, se ha suscrito el siguiente convenio de transferencia electrónica de subsidios por incapacidad laboral curativa y/o maternal.

PRIMERO: En conformidad a lo dispuesto en el D.F.L. 44, de 1978, que faculta a las Cajas de Compensación para administrar el Régimen de Subsidios por Incapacidad Laboral y según lo dispuesto en el D.S. N°34 de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que autoriza a Los Héroes para administrar el Régimen de Subsidios por Incapacidad Laboral, se acuerda por el presente convenio para que “Los Héroes” pague los Subsidios por Incapacidad Laboral/la “Trabajador/a”, que tenga derecho conforme a las normas y reglamentos vigentes, observando los procedimientos que se señalan:

1. La enfermedad que cause la licencia deberá ser certificada por un médico cirujano o matrona, según sea el caso. Dichas certificaciones deberán ser extendidas en el formulario especial con que cuentan los Servicios de Salud respectivos.
2. El/La Empleador/a deberá certificar en la sección "C" del formulario de licencia médica, los siguientes datos relativos al/la beneficiario/a: dirección donde cumple funciones el/la trabajador/aa; fecha de contrato, monto de las remuneraciones imponibles y/o de subsidios percibidos de los meses que corresponda para el cálculo de licencias, número de días trabajados en cada uno de los meses; detalle de licencias anteriores en los últimos seis meses.

Todo lo anterior, con el objeto de que Los Héroes cuente con los antecedentes necesarios para calcular y determinar el derecho al subsidio, dando, de esta forma, cumplimiento a las normas legales y reglamentarias pertinentes.

3. El/La Empleador/a deberá adjuntar a la respectiva licencia médica, las fotocopias de las liquidaciones de sueldo correspondientes a los 3 meses calendario más próximos anteriores al inicio de la licencia. Asimismo, en el caso de licencias maternas por reposo prenatal, además deberán presentarse las liquidaciones de remuneraciones de los 3 meses anteriores más próximos al séptimo mes calendario que precede al del inicio de la licencia.
4. Las licencias médicas y demás antecedentes requeridos por Los Héroes deberán ser presentados por el/la empleador/a dentro del plazo dispuesto por el D.S. N°3 de 1984, publicado en el Diario Oficial del 28 de mayo del mismo año, del Ministerio de Salud Pública, y sus modificaciones, bajo los apercibimientos establecidos en los citados preceptos legales.
5. El valor total de los subsidios será pagado por Los Héroes una vez autorizada la licencia por el Servicio de Salud correspondiente, mediante la forma de pago establecida en la cláusula SEGUNDO de este convenio.

El/la Trabajador/a asume total responsabilidad por la pérdida, extravío, hurto o robo de la documentación y/o valores que Los Héroes entregue. **SEGUNDO:** El pago de los subsidios de incapacidad laboral, sea curativa o maternal, derivados de las licencias médicas, seefectuarán de acuerdo con lo siguiente:

Banco:

N° Cuenta:

Tipo Cuenta:

Cta. Corriente

Cta.Vista

Cta. RUT

Cabe señalar que la cuenta informada debe pertenecer al beneficiario/a del subsidio. De no corresponder, la transferencia será rechazada.

TERCERO: Por el presente instrumento, el/la Trabajador/a se obliga en caso de cambiar o cerrar dicha cuenta corriente, Rut, de ahorro o a la vista, a ponerlo en conocimiento por escrito a Los Héroes eximiéndolo de toda responsabilidad en caso de no hacerlo. En consecuencia, el/la compareciente libera a C.C.A.F. Los Héroes de toda responsabilidad o reclamo por cualquier concepto, derivado del hecho de depositar los subsidios de incapacidad laboral antes mencionados a que éste/a tenga derecho, en la cuenta individualizada precedentemente, si no comunica a Los Héroes el cambio o cierre de dicha cuenta.

CUARTO: El presente convenio tendrá una duración indefinida, pudiendo poner término al mismo cualquiera de las partes, dando aviso escrito mediante carta certificada, la que deberá despacharse con al menos 30 días de anticipación a la fecha de terminación.

QUINTO: El presente convenio se extiende en duplicado, quedando un ejemplar en poder de Los Héroes y otro en poder del/la Trabajador/a.

SEXTO: Para todos los efectos legales derivados de este convenio, las partes fijan su domicilio en la ciudad de **SANTIAGO** y acuerdan someterse a la competencia de sus Tribunales Ordinarios de Justicia.

.....
RUN. TRABAJADOR/A N°

.....
FIRMA TRABAJADOR/A

.....
TIMBRE Y FIRMA
EJECUTIVO/A LOS
HÉROES C.C.A.F.