**Derecho a Saber Personal EST**

En conformidad a lo dispuesto en el Decreto Supremo N.º 40, Artículo 21 de la Ley 16.744 y las modificaciones introducidas en el Decreto Supremo N.º 50 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, título VI sobre, “La obligación de informar de los riesgos laborales a los Trabajadores”, la empresa ${nombre\_centro\_costo}., ${nombre\_planta}, ha impartido los conocimientos pertinentes.

Por lo anterior, el trabajador:

NOMBRE : ${nombre\_trabajador}

RUT : ${rut\_trabajador}

CARGO : ${cargo\_postulante}

Certifica haber sido instruido sobre los riesgos laborales y se compromete a respetar las normas e instrucciones relativas a la Prevención de sus Riesgos y a utilizar correctamente los elementos de Protección Personal en el desempeño de sus labores.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA PREV. RIESGOS FIRMA DEL TRABAJADOR

FECHA: ${fecha\_ingreso\_trabajador\_palabras}

**${nombre\_centro\_costo\_may}, ${nombre\_planta\_may}**

**ENTREGA REGLAMENTO A PERSONAL EST**

El trabajador Sr(a).: ${nombre\_trabajador}

RUT N.º ${rut\_trabajador}

En ${comuna\_planta}, ${fecha\_ingreso\_trabajador\_palabras}

Da fe que con esta fecha ha recibido y entendido el Reglamento Interno de Orden, Higiene y Seguridad de la empresa, en todos sus artículos y se compromete a respetarlos.

Además, acepta cooperar con las medidas preventivas que sean necesarias implementar, para el logro de un trabajo correcto, sano y seguro.

*...........................................................*

***Firma Trabajador***

**DECLARACION DE BENEFICIARIOS**

**NOMBRE EMPRESA: EST Integra Ltda.- (76.735.710-9)**

## POLIZA: 1121700004535 de Mapfre Seguros

## LEA CON ATENCION ESTAS INSTRUCCIONES, COMPLETAR DE PUÑO Y LETRA DEL TRABAJADOR:

1. Dada la importancia de esta Declaración, el formulario incompleto o ilegible será devuelto a su emisor.
2. Para una mayor agilidad en el pago de los beneficios, sugerimos designar a personas mayores de edad con capacidad para administrar bienes.
3. La suma de los porcentajes de distribución asignados debe ser igual a 100%

|  |
| --- |
| NOMBRE DEL TRABAJADOR ASEGURADO  YO ${nombre\_trabajador} RUT ${rut\_trabajador} |

**DECLARACION DE BENEFICIARIOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE COMPLETO | R.U.T. | PARENTESCO | **PORCENTAJE** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **OBSERVACIONES:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Firma del Asegurado

#### Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

${fecha\_ingreso\_trabajador\_palabras}

**Señores**

**Empresa Integra EST**

**Presente**

A través de la presente solicito se me cancele la remuneración mensual en:

……… Cuenta ……………………… Nº,……………………… del Banco……………….,

……… Por no tener cuenta habilitada, solicito se me pague el sueldo a través de vale vista bancario.

Además agradeceré que mi liquidación de sueldo junto a, si corresponde, documentos anexos que indiquen cómo se determinó y de las deducciones efectuadas me la hagan llegar vía correo electrónico a la siguiente dirección: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Cabe señalar que si en un plazo de 15 días no interpongo ninguna consulta y/o reclamo a través del mismo medio o personalmente, daré por aceptado tanto el pago, la forma de cálculo y los descuentos efectuados en el respectivo mes.

Este mandato tiene carácter de indefinido para futuros contratos hasta que no entregue expresamente una solicitud que modifique a esta.

Agradeciendo desde ya vuestra gestión, les saluda atentamente,

**${nombre\_trabajador}**

${rut\_trabajador}