

ANEXO N°2
INFORMACIÓN A LA BENEFICIARIA DEL PERÍODO POR EL QUE SE LE PAGARÁ SUBSIDIO Y DE LA
FECHA A CONTAR DE LA CUAL PUEDE TRABAJAR.

Fecha, (Ciudad) _____, (día) de (mes) de (año)

Por medio de la presente, se informa a la Sra: _____, RUT.: _____, que tiene derecho a subsidio del artículo 3° de la Ley N° 20.545, por _____ días a contar del _____ de ____ de _____ y hasta el _____ de ____ de _____.

Asimismo, se le informa que la percepción del subsidio es compatible con la realización de cualquier tipo de labor remunerada las últimas 12 semanas del subsidio, es decir en su caso a contar del _____ de _____ de _____.

Adicionalmente, se informa que, si durante este período de compatibilidad usted se viere afectada por una incapacidad laboral de origen común o maternal, o por accidente del trabajo o enfermedad profesional, podrá presentar licencia médica u orden de reposo, según corresponda, y tendrá derecho a subsidio por incapacidad laboral si reúne los requisitos pertinentes.

Firma y timbre del funcionario responsable