



## SOLICITUD PAGO DE REMUNERACIONES ANTICIPADO DURANTE PERÍODO DE LICENCIA MÉDICA

### IDENTIFICACION TRABAJADOR/A

Nombre : \_\_\_\_\_

R.U.T. : \_\_\_\_\_

Organismo / Repartición : \_\_\_\_\_

Cargo y Jornada : \_\_\_\_\_

Tipo de Contrato : \_\_\_\_\_

- Quien suscribe, solicita a la Universidad de Concepción, por una sola vez, el pago anticipado de remuneraciones equivalente al período en el cual me encuentro haciendo uso de la licencia médica descrita a continuación, de acuerdo a lo establecido en la Cláusula Vigésimo Segunda del Contrato Colectivo 2017-2018 (Sindicato N°2):

Nº de Licencia	Fecha Inicio	Fecha Término	Duración (Días)	Tipo de Licencia	Entidad Previsional

- El **monto total anticipado** será reembolsado a la Universidad de Concepción, dentro del plazo establecido para estos fines, esto es cinco días una vez que la entidad de previsión (salud) a la cual estoy afiliado haga el pago correspondiente de la licencia. No obstante lo anterior, en caso de no realizar el pago en forma directa, facuto expresamente a la Universidad de Concepción para descontar de mis remuneraciones del mes inmediatamente siguiente a aquel en que se haga efectivo el pago del subsidio de salud, el monto antes señalado.
- En la eventualidad que la licencia sea rechazada o reducida, me comprometo a utilizar todos los recursos que correspondan de acuerdo a la legislación vigente para apelar a dicha resolución.
- En caso de no realizar las gestiones señaladas en el párrafo anterior o que la licencia sea rechazada en forma definitiva, autorizo expresamente a la Universidad de Concepción, para que se descuento de mis remuneraciones correspondientes al mes inmediatamente siguiente a aquel en que se notifique del rechazo de la licencia, el monto anticipado al que se hace referencia en el párrafo primero.

---

FECHA

---

FIRMA TRABAJADOR/A