# DATOS SOLICITANTE (CONTRATISTA/SUBCONTRATISTA) N° CERTIFICADO

RUT RAZÓN SOCIAL / NOMBRE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES)

RUT REP. LEGAL REPRESENTANTE LEGAL

DOMICILIO COMUNA REGIÓN TELÉFONO E-MAIL

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

COD. ACT. ECON. ACTIVIDAD ECONOMICA

SERVICIO VIGILANCIA

741229

N° DE TRABAJADORES MARCA CON “X” LO QUE CORRESPONDA AFILIADO A C.C.AF. AFILIADO MUTUAL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | CONTRATISTA |  | SUBCONTRATISTA |  | SI |  | NO |  | SI | NO |  |

# OBJETIVO DEL CERTIFICADO

CUMPLIMIENTO LABORAL CURSAR ESTADOS DE PAGO DEVOLUCIÓN DE GARANTIA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

# ANTECEDENTES EMPRESA PRINCIPAL

RUT RAZÓN SOCIAL / NOMBRE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES)

RUT REP. LEGAL REPRESENTANTE LEGAL

DOMICILIO EMPRESA PRINCIPAL COMUNA REGIÓN TELÉFONO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

# DATOS DE LA OBRA, EMPRESA O FAENA POR EL QUE SOLICITA EL CERTIFICADO

N° TOTAL DE TRABAJADORES VIGENTES NOMBRE DE LA OBRA, EMPRESA, FAENA O SERVICIO SEGÚN CORRESPONDA

N° CONTRATO FECHA INICIO CONTRATO FECHA TERMINO CONTRATO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

DOMICILIO OBRA (SOLO SI ES UN DOMICILIO DISTINTO AL DEL SOLICITANTE) COMUNA REGIÓN TELÉFONO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| AVDA. AGUSTIN SAMSO SIVORI N° 459 LOTE LA NEGRA | ANTOFAGASTA | SEGUNDA |  |

# PERÍODO A CERTIFICAR

MES A CERTIFICAR MOVIMIENTO DEL PERSONAL EN EL PERÍODO A CERTIFICAR

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DESDE | HASTA | N° CONTRATADOS | | N° DESVINCULADOS | | | | | MONTOS DE REMUNERACIONES LIQUIDAS PAGADAS  POR MES A CERTIFICAR | | | | |
|  |  |  | | A) POR ART. 161 |  | B) OTRAS CAUSALES |  | |  | | | | |
| **N° TRABAJADORES JUBILADOS Y EXTRANJEROS EXENTOS DE COTIZAR POR PERIODO** | | | **TRABAJADORES QUE TIENEN REMUNERACIÓN SUPERIOR AL MONTO MÁXIMO IMPONIBLE (72.3 UF)** | | | **N° TRABAJADORES AFECTOS / NO AFECTOS AL SEGURO DE CESANTÍA (LEY 19.728 D.O. 14/05/2001)** | | | | | | | |
|  | | |  | | | **NO HAN OPTADO POR SEGURO DE CESANTÍA (CONTRATO ANTES DEL 01/10/2002)** | |  | | **HAN OPTADO POR SEGURO DE CESANTIA (CONTRATO ANTES DEL 01/10/2002)** |  | **CONTRATADOS DESPUES DEL 01/10/2002** |  |

# DOCUMENTOS A PRESENTAR

ES DE CARÁCTER OBLIGATORIA Y SE REFIERE EXCLUSIVAMENTE A LOS TRABAJADORES DE LA OBRA O FAENA EN DONDE SE DESARROLLA EL SERVICIO O EJECUTA LA OBRA CONTRATADA POR LA CUAL SE SOLICITA EL CERTIFICADO, Y DEBE CUBRIR TODO EL PERIODO POR EL QUE ESTE SE SOLICITA.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DOCUMENTACION REQUERIDA PARA SOLICITAR EL CERTIFICADO** | **N° DE DOC.** | **VERIF.** |
| 1. **SOLICITUD DE CERTIFICADO**, el formulario de solicitud es el documento que  da inicio al proceso de certificación (formato Labor Veritas con carácter de Declaración Jurada) |  |  |
| 2. **NÓMINA DE TRABAJADORES**, debe venir ordenada de acuerdo al Libro auxiliar de Remuneraciones |  |  |
| 3. **LIQUIDACION DE REMUNERACIONES O COMPROBANTES DE PAGO**, firmadas Por el trabajador y ordenadas de acuerdo al Libro Auxiliar de Remuneraciones.  (la firma del trabajador en la liquidación se puede obviar siempre que se presenten los comprob depósito bancario) |  |  |
| 4. **LIBRO AUXILIAR DE REMUNERACIONES** (Ordenado por centro de costos),  Solo en el caso que el empleador tenga cinco o más trabajadores. |  |  |
| 5. **SET DE PAGOS PREVISIONALES**, (AFP’s, AFC, ISAPRES, INP, MUTUAL, CCAF) |  |  |
| 6. TRABAJADORES JUBILADOS, Solicitud del trabajador en que consta  exención de cotizaciones previsionales en AFP. Los trabajadores jubilados, que  mantienen su afiliación al antiguo sistema previsional están obligados a cotizar en forma completa, por lo que lo anterior no es aplicable. |  |  |
| 7. **TRABAJADORES EXTRANJEROS**, Documentos debidamente protocolizados ante el cónsul de Chile en su país de origen, acreditando que mantiene su sistema de seguridad social en su respectivo país. |  |  |
| 8. **BENEFICIOS POR INSTRUMENTOS COLECTIVOS** |  |  |
| 9. **COPIA DE LICENCIAS MEDICAS DE LOS TRABAJADORES** (SI PROCEDE) |  |  |
| 10. **COMPROBANTE DE FERIADOS LEGALES** |  |  |
| 11. **FINIQUITOS**, ratificados ante un ministro de fe, y que se hubieren originado en el mismo periodo, deberá enviar fotocopia acompañado del original, este requisito es aplicable a todas las causales de despido detalladas en el código del trabajo. Además 3 ultimas liquidaciones de sueldo en caso de ser un trabajador con remuneración variable, y cuyo finiquito señale  como causal de despido el Art. 161 Inciso primero, código del trabajo. |  |  |
| 12. **NOMINA DE TRABAJADORES DESVINCULADOS**, identificar a todos los trabajadores desvinculados al servicio con motivo o cualquier causal de despido detalladas en el código del trabajo.  (de preferencia formato digital) |  |  |
| 13. **COMPROBANTE DE DEPOSITO** A NOMBRE DE LABOR VERITAS CERTIFICADORA SpA RUT: 76.369.546-8, BANCO SANTANDER, CTA. CTE. N° 68873673 |  |  |
| 14. **CONTRATOS DE TRABAJO INDIVIDUAL** (al certificar por primera vez) |  |  |

# DECLARACION JURADA

El solicitante declara, bajo juramente, que la información y los antecedentes que está proporcionando, tanto en esta solicitud como en los documentos que se adjuntan, son veraces y completos; el Representante Legal de la Empresa asume responsabilidad penal que se genere en caso de falsedad, de acuerdo a lo tipificado en los artículos 193, 197 y 198 del Código Penal.

**Emisión del Certificado**

El plazo para la emisión del certificado de cumplimiento de obligaciones laborales y previsionales para solicitudes, será de 8 días hábiles contados a partir del día hábil siguiente a la fecha de recepción de la solicitud, y documentación respectiva. El plazo contemplado anteriormente puede ser suspendido cuando se requiera que el solicitante complete información faltante para practicar la revisión correspondiente.

**Confidencialidad**

Labor Veritas SpA, es responsable, en el marco de compromisos legalmente ejecutables, de la gestión de toda la información obtenida o generada durante la realización de las actividades de verificación de obligaciones laborales.

Labor Veritas SpA informa al cliente, con antelación, qué información tiene intención de hacer pública. A excepción de la información que el cliente pone a disposición del público, o cuando haya sido acordado entre la verificadora y el cliente (por ejemplo, con el fin de responder a quejas), toda otra información se considera información confidencial.

En caso que la verificadora deba por ley, divulgar información confidencial o cuando esté autorizado por compromisos contractuales, el cliente o la persona correspondiente será notificado acerca de la información proporcionada, salvo que esté prohibido por ley.

La información sobre el cliente, obtenida de fuentes distintas al cliente (por ejemplo, una persona que realiza una queja, de autoridades reglamentarias) es tratada como información confidencial.

**Cuando se requiera entregar información a la Dirección del Trabajo o los Tribunales de Justicia, se les notificara al correo electrónico o número de teléfono indicado en la presente solicitud.**

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTATE LEGAL FECHA Y TIMBRE RECEPCION LABOR VERITAS SPA