

➔ ASIGNACIONES FAMILIARES:
¿QUÉ SON?

Es uno de los beneficios que contempla el Sistema de Prestaciones Familiares. Consiste en la entrega de una suma en dinero por cada carga familiar acreditada de un trabajador o pensionado, la cual se refleja en la liquidación de sueldo o de pensiones.

¿QUIÉNES TIENEN DERECHO AL BENEFICIO DE LA ASIGNACIÓN FAMILIAR?

- Todos los **trabajadores dependientes** de los sectores públicos y privado.
- Todos los trabajadores que se encuentran recibiendo un subsidio, ya sea de cesantía, incapacidad laboral, accidente del trabajo o enfermedad profesional.
- Los pensionados de cualquier **régimen previsional**.
- Los beneficiarios de pensión de viudez y la madre o padre de los hijos no matrimoniales del trabajador o pensionados en goce de la **pensión especial**.
- Las **instituciones estatales o reconocidas por el Estado** que tengan a su cargo el cuidado y mantención de niños huérfanos, abandonados o con alguna discapacidad.

¿QUIÉNES SON “CAUSANTES” DE ASIGNACIÓN FAMILIAR?

- El o la cónyuge, los hijos, hijos adoptados e hijastros con invalidez de cualquier edad.
- Hijos e hijas adoptivos, solteros, menores de 18 años y hasta los 24 años que se encuentren estudiando en instituciones reconocidos por el Estado.
- Hijastros, nietos y bisnietos, huérfanos de padre y madre o abandonados por estos.
- La madre viuda.
- Los ascendientes (padre, madre, abuelos o bisabuelos mayores de 65 años y/o inválidos de cualquier edad).
- Los menores confiados al cuidado de personas naturales o instituciones del Estado o reconocidas por este, como medida de protección dispuesta por sentencia judicial.

¿CUÁL ES EL MONTO DE ASIGNACIÓN FAMILIAR?

El monto mensual de cada carga se calcula sobre la base del ingreso que el trabajador genere.

Los valores que rigen a partir del 1 de septiembre de 2023 hasta junio de 2024 son:

Tramo ingreso mensual	Asignación por carga
Menor o igual a \$539.328	\$20.328
Entre \$539.328 y \$787.746	\$12.475
Entre \$787.747 y \$1.228.614	\$3.942
Sobre \$1.228.614	\$0

¿CUÁLES SON LOS REQUISITOS QUE DEBEN CUMPLIR LOS BENEFICIARIOS DE ASIGNACIÓN FAMILIAR?

- Deben vivir a expensas del trabajador.
- No percibir renta igual o superior al 50% del ingreso mínimo.

¿CUÁL ES LA DURACIÓN DEL BENEFICIO DE ASIGNACIÓN FAMILIAR?

- La asignación se paga desde el día en que se produce la causa que la genera, pero solo se hace exigible una vez que se solicita el beneficio, y dura hasta el último día del mes en que el beneficiario mantiene la calidad de carga.
- Respecto a los hijos, el pago se realiza hasta el 31 de diciembre del año en que cumplen 18 o 24 años de edad, según sea el caso.

¿CÓMO SE EFECTUÁ EL PAGO DE ASIGNACIONES FAMILIARES?

Corresponde al empleador, tanto del sector privado como público, pagar la o las asignaciones familiares a sus trabajadores dependientes con la remuneración mensual.

Para ello, se requiere previamente el reconocimiento de

las cargas y la autorización de pago de la respectiva institución previsional que administra este beneficio, Caja de Compensación o IPS (Instituto Previsión Social).

En el caso de los pensionados por AFP o Compañía de Seguros, les corresponde a ellas realizar el pago junto a las pensiones.

➔ ASIGNACIÓN MATERNAL:
¿QUÉ ES?

Las trabajadoras dependientes e independientes tienen derecho a una asignación maternal cuyo monto es igual al de la asignación familiar, el cual se les pagará por todo el período del embarazo y se hace exigible a partir del quinto mes de embarazo, previa certificación de este estado. El pago se hace con efecto retroactivo por el período completo de la gestación.

Este derecho también lo tienen los trabajadores dependientes e independientes, en este caso, durante el período de embarazo de sus cónyuges.

➔ DESAHUCIO O INDEMNIZACIÓN PREVISIONAL: ¿QUÉ ES?

Es un derecho del **Antiguo Régimen** que varía según la Caja Previsional y consiste en percibir una suma de dinero cuando el trabajador cumpla con los requisitos para pensionarse.

El trabajador que se incorporó al actual sistema de pensiones se le reconoce este beneficio a través del **Bono de Reconocimiento**, emitido y calculado por la última **Caja de Previsión** en que realizó imposiciones.

¿EN QUÉ CONSISTE EL DESAHUCIO DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO?

El desahucio de los empleados de la Administración Civil del Estado es un derecho que consiste en una indemnización

al término de sus funciones, por cualquier causa e independientemente de la pensión que pueda corresponderle, y se le concede en relación con sus años de servicio en la Administración Pública. Este derecho se encuentra regulado en el Estatuto Administrativo (Ley N.º 18.834).

¿CUÁL ES EL MONTO DEL DESAHUCIO DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO?

El desahucio equivale a un mes de remuneraciones, sobre las cuales se hayan efectuado imposiciones en la Caja de Empleados Públicos y Periodistas, por cada año o fracción superior a seis meses de servicios prestados y con un máximo de 24 veces dicha remuneración.

DESAHUCIO DE LOS EMPLEADOS PARTICULARES: ¿CÓMO SE FIJA EL MONTO?

El monto del desahucio lo fija la Caja de Empleados Particulares en enero de cada año, aplicando al monto vigente del año anterior, un reajuste equivalente a la variación del Índice de Precios al Consumidor (IPC) durante dicho año.

¿CÓMO SE FINANCIA ESTE DESAHUCIO?

A contar del 1º de marzo de 1981 y por aplicación del D.L. 3.501 de 1980 esta cotización es del 1,14% de las remuneraciones imponibles, la cual es de cargo exclusivo de los imponentes. El Fondo de Desahucio es un Fondo de Reparto.

¿LOS EMPLEADOS PARTICULARES QUE SE AFILIARON AL NUEVO SISTEMA DE PENSIONES, TIENEN DERECHO A ESTE DESAHUCIO?

Los empleados imponentes de la Caja de Empleados Particulares o de sus Organismos Auxiliares, que se afiliaron al actual Sistema de Pensiones, tienen derecho a que se les reconozca una trigésima quinta parte del monto de desahucio, correspondiente al año 1980, por cada año de imposiciones o fracción de año superior a seis meses que registran hasta la fecha de opción.

En el caso de estas personas, el beneficio de desahucio se liquida a la fecha en que optan por el nuevo Sistema de Pensiones y pasa a formar parte del Bono de Reconocimiento, quedando afecto a los mismos reajustes e intereses que esta.

➔ INDEMNIZACIÓN TRABAJADORES DEL SERVICIO DE SEGURO SOCIAL

¿EN QUÉ CONSISTE LA INDEMNIZACIÓN POR AÑOS DE SERVICIO PARA LOS TRABAJADORES AFILIADOS AL SERVICIO DE SEGURO SOCIAL?

Es un pago en dinero que se realiza por una única vez, correspondiente a la devolución total de los fondos de indemnización acumulados por el imponente del ex-Servicio de Seguro Social.

Los beneficiarios de pensión de Viudez y Orfandad tienen derecho al retiro de los fondos dejados por el causante.

¿CUÁLES SON LOS REQUISITOS?

- Contar con más de 1.560 semanas de imposiciones.
- Tener más de 60 años de edad.
- Ser inválido absoluto o haber obtenido Pensión de Vejez conforme a la Ley N.º 10.383 y sus modificaciones.

¿CÓMO SE FINANCIAN ESTAS INDEMNIZACIONES?

En la actualidad, esta indemnización por años de servicio se financia exclusivamente con aporte fiscal.

➔ SALUD

¿QUÉ OPCIONES TIENE UN TRABAJADOR PARA CUBRIR SUS PRESTACIONES DE SALUD?

El trabajador tiene la posibilidad de optar por Fonasa o alguna Isapre.

¿CUÁNTO COTIZA PARA SALUD UN TRABAJADOR?

El trabajador cotiza como mínimo un 7% de su renta imponible con un tope de 84,3 UF (tope imponible 2024).

¿QUIÉNES TIENEN LA CALIDAD DE BENEFICIARIOS DEL RÉGIMEN DE PRESTACIONES DE SALUD?

- Todos los afiliados.
- Los causantes de asignación familiar de los trabajadores dependientes, activos y pasivos.
- El cónyuge o conviviente civil y las demás personas que en su relación con un imponente independiente o voluntario, acrediten los requisitos exigidos para ser causantes de asignación familiar.
- La mujer embarazada y los niños menores de 6 años, para efectos de las prestaciones materno-infantiles.
- Las personas carentes de recursos e indigentes.
- Aquellos que gocen de una pensión.
- Los menores de 15 años que sean causantes de subsidio familiar de acuerdo a la ley.

¿CÓMO SE ACREDITA LA CALIDAD DE BENEFICIARIO?

- Los trabajadores dependientes y pensionados que tengan este beneficio, deberán tener una credencial de salud, la cual acredita su calidad de beneficiario.
- Los beneficiarios de pensión, subsidios de cesantía, causantes de subsidio familiar y los indigentes, acreditarán dicha calidad con sus respectivos comprobantes de pago de los beneficios.
- Los independientes o voluntarios deben estar al día en sus cotizaciones previsionales y deberán presentar las seis últimas planillas de pago, continuas o discontinuas, dentro del último año.

¿CÓMO SE PRODUCE LA INCORPORACIÓN A FONASA? (RÉGIMEN ESTATAL DE PRESTACIONES DE SALUD)

Para los trabajadores dependientes la incorporación se produce automáticamente al iniciar labores.

¿CÓMO SE PRODUCE LA INCORPORACIÓN A UNA INSTITUCIÓN DE SALUD PREVISIONAL (ISAPRE)?

Los trabajadores que decidan aportar su cotización de salud a una institución privada, deben suscribir con ella un contrato individual por un mínimo de doce meses, en el cual convienen el otorgamiento, forma, modalidad y condiciones para las prestaciones y beneficios de salud.

En dichas prestaciones y beneficios, la Isapre sustituye a FONASA (Fondo Nacional de Salud), de modo que esta solo podrá entregar atención médica curativa en caso de ausencia o insuficiencia en esa especialidad. Si ocurre tal caso, FONASA cobrará a la Isapre correspondiente la parte bonificada.

Los montos de las prestaciones médicas y de licencias médicas no pueden ser inferiores a los otorgados por la ley. Los reclamos al respecto deben presentarse a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN), la cual resuelve en única instancia.

¿SE PUEDE TERMINAR UN CONTRATO DE SALUD SUSCRITO CON UNA ISAPRE?

Sí. Este puede ser finalizado por el beneficiario con un aviso de 30 días de anticipación. En este caso, la persona vuelve al régimen general de prestaciones y beneficios de FONASA, a menos que se incorpore a otra Isapre.

La Isapre solo puede dar por finalizado un contrato en caso de incumplimiento del cotizante. El afiliado puede apelar ante la Superintendencia de Isapres, en caso que esté en desacuerdo. Estos contratos son pactados por un mínimo de 12 meses y su vigencia se entiende prorrogada automáticamente, si el cotizante está en situación de incapacidad laboral al día del vencimiento, o por el tiempo que dure la incapacidad y mientras no se declare la invalidez del cotizante.

¿CÓMO SE CLASIFICAN LOS AFILIADOS DE FONASA PARA CREDENCIAL DE SALUD?

Los afiliados se clasifican según su nivel de ingreso, en los siguientes grupos:

Grupo	Definición	Porcentaje a pagar en prestaciones médicas en la Red Pública
A	Personas carentes de recursos y personas migrantes. Causantes de subsidio familiar (Ley 18.020).	0%
B	Personas que perciben un ingreso imponible mensual menor o igual a \$460.000.	0%
C	Personas que perciben un ingreso imponible mensual mayor a \$460.000 y menor o igual a \$671.600 Nota: Con 3 o más cargas familiares pasará a Tramo B	0%
D	Personas que perciben un ingreso imponible mensual mayor a \$671.600. Nota: Con 3 o más cargas familiares pasará a Tramo C	0%

* Porcentajes en relación al nivel 1 de FONASA.

Fuente: <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/tramos>
Tramos de ingreso desde septiembre 2023.

El Estado, a través de FONASA, contribuye al financiamiento de las prestaciones médicas en el porcentaje del valor del arancel que la ley señala.

¿PUEDEN SOLICITAR PRÉSTAMOS MÉDICOS LOS AFILIADOS AL RÉGIMEN ESTATAL DE PRESTACIONES DE SALUD?

Sí, los afiliados podrán solicitar a FONASA el otorgamiento de préstamos médicos para financiar todo o parte del valor de las prestaciones de salud que ellos requieran.

¿CÓMO SOLICITAR EL PRÉSTAMO?

Para solicitarlo se debe:

- Llenar la solicitud de préstamo médico.
- Presentar el programa médico valorizado.
- Presentar la credencial de salud del solicitante.
- Presentar Cédula de Identidad con dígito verificador.
- En el caso de los trabajadores independientes, presentar las 12 últimas planillas de cotizaciones pagadas.

Son pagados a través del descuento que debe hacer el empleador cuando se trate de afiliados dependientes o las instituciones de previsión correspondientes a los pensionados y directamente, cuando se trate de imponentes voluntarios o trabajadores independientes.

¿QUÉ REQUISITOS DEBE CUMPLIR EL TRABAJADOR DEPENDIENTE PARA TENER DERECHO A UNA LICENCIA MÉDICA?

Con contrato indefinido debe tener, al menos, seis meses de afiliación en cualquier sistema previsional y tres meses cotizados en los últimos seis meses calendario anterior a la fecha de la licencia. No se requieren estos períodos si la incapacidad laboral es causada por un accidente. En el caso de tener un contrato temporal, se debe contar con un mes de cotizaciones.

¿QUÉ REQUISITOS DEBE CUMPLIR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE PARA TENER DERECHO A UNA LICENCIA MÉDICA?

- Tener 12 meses de afiliación previsional anterior al mes en que se inicia la licencia.
- Haber registrado, al menos, seis meses de cotizaciones continuas o discontinuas dentro de los 12 meses de afiliación, anteriores al mes en que se inició la licencia.
- Estar al día en el pago de las cotizaciones. Se considerará al día cuando el trabajador ha pagado la cotización correspondiente al mes anterior en que comenzó a gozar de la licencia.

¿DÓNDE DEBE PRESENTAR EL TRABAJADOR LA LICENCIA MÉDICA Y EN QUÉ PLAZO?

El trabajador dependiente debe presentar al empleador la licencia médica, debidamente firmada por el profesional respectivo, dentro del plazo de dos días hábiles desde la fecha de su inicio, si es un trabajador del sector privado; si son trabajadores del sector público tienen tres días hábiles.

El empleador debe completar, firmar y enviar el formulario para su autorización a la Isapre o al Servicio de Salud determinado por la COMPIN, en el plazo de tres días hábiles contados desde la fecha en que él recibió la licencia.

El trabajador independiente debe presentar el Formulario de Licencia Médica para su autorización a la Isapre o al COMPIN, en el caso de estar afiliado a FONASA, dentro de los dos días hábiles siguientes a la fecha de emisión de la licencia, siempre que esté dentro del período de su vigencia.

Para respaldar la licencia el trabajador deberá solicitar a la AFP un Certificado de Afiliación y uno de las 12 últimas cotizaciones.

¿A DÓNDE PUEDE RECLAMAR EL AFILIADO EN CASO DE UN RECHAZO DE LICENCIA MÉDICA?

En caso de rechazo o rebaja en el número de días, el trabajador puede apelar al Compin, si es afiliado de una Isapre, y al Jefe del Servicio de Salud si es afiliado de FONASA.

El reclamo debe hacerlo dentro del plazo de 15 días hábiles desde la fecha del rechazo o pago del subsidio.

**Si tienes dudas o necesitas más información,
contáctanos.**

sitio web

afphabitat.cl

sucursales

contact center

600 220 2000