

SECCION I - IDENTIFICACION DE LA ENTIDAD PAGADORA	
1 RAZON SOCIAL	2 RUT ENTIDAD PAGADORA
3 DIRECCION: CALLE, NUMERO, DEPTO/OFICINA/LOCAL	4 TELEFONO
COMUNA	5 CAMBIO EN EL REP. LEGAL <input type="checkbox"/>
6 CIUDAD	7 RUT REPRESENTANTE LEGAL
8 REGION	
9 REPRESENTANTE LEGAL: APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRES	

SECCION II - DETALLE DE COTIZACIONES		FONDOS DE PENSIONES		AFP		MONTO IMPONIBLE		PERIODO CON SUBSIDIO		TOTAL
N°	IDENTIFICACION DEL AFILIADO	REMUNERACION O RENTA IMPONIBLE AFECTA A SUBSIDIO \$	COTIZACION OBLIGATORIA \$	COTIZACION SALUD (Sólo Independientes de Fonasa) \$	DIARIO \$	DESDE (Día/Mes/Año)	HASTA (Día/Mes/Año)	DÍAS		
1	R.U.T o C.I (con dígito verificador) 2 APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRES	3	4	5	6	7	8	9		
2										
3										
4										
5										
TOTAL PAGINA										

NOTA: Si el número de trabajadores es mayor de 5 adjunte las hojas de detalle necesarias.

SECCION III - RESUMEN DE COTIZACIONES																			
<table border="1"> <tr> <th colspan="3">SUBSECCION III .1. FONDOS DE PENSIONES</th> </tr> <tr> <td>DETALLE</td> <td>Código</td> <td>Valores \$ (sin decimales)</td> </tr> <tr> <td>SUBTOTAL A PAGAR FONDOS: Cotización Obligatoria</td> <td>04</td> <td></td> </tr> </table>	SUBSECCION III .1. FONDOS DE PENSIONES			DETALLE	Código	Valores \$ (sin decimales)	SUBTOTAL A PAGAR FONDOS: Cotización Obligatoria	04		<table border="1"> <tr> <th colspan="3">SUBSECCION III .2. A.F.P.</th> </tr> <tr> <td>DETALLE</td> <td>Código</td> <td>Valores \$ (sin decimales)</td> </tr> <tr> <td>SUBTOTAL A PAGAR A.F.P.: Cotización Salud. (Sólo Ind. de FONASA)</td> <td>55</td> <td></td> </tr> </table>	SUBSECCION III .2. A.F.P.			DETALLE	Código	Valores \$ (sin decimales)	SUBTOTAL A PAGAR A.F.P.: Cotización Salud. (Sólo Ind. de FONASA)	55	
SUBSECCION III .1. FONDOS DE PENSIONES																			
DETALLE	Código	Valores \$ (sin decimales)																	
SUBTOTAL A PAGAR FONDOS: Cotización Obligatoria	04																		
SUBSECCION III .2. A.F.P.																			
DETALLE	Código	Valores \$ (sin decimales)																	
SUBTOTAL A PAGAR A.F.P.: Cotización Salud. (Sólo Ind. de FONASA)	55																		

SECCION IV - ANTECEDENTES GENERALES	
REMUNERACIONES O RENTAS DE	MES AÑO
FECHA DE DECLARACION	DIA MES AÑO
TOTAL SUBSIDIOS FONDOS DE PENSIONES	<input type="text"/>
N° AFILIADOS INFORMADOS FDOS. PENSIONES	<input type="text"/>
N° HOJAS ANEXAS	<input type="text"/>

TIMBRE DE DECLARACION

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON EXPRESION FIEL DE LA REALIDAD

Firma del Representante Legal de la Entidad Pagadora de Subsidio