

SECCION I - IDENTIFICACION DE LA ENTIDAD PAGADORA		REMUNERACION O RENTA DEL MES Mes Año
R.U.T. ENTIDAD PAGADORA	-	Página ____ de ____
NOMBRE O RAZON SOCIAL		

SECCION II - DETALLE DE COTIZACIONES		FONDOS DE PENSIONES		AFP	MONTO IMPONIBLE DIARIO \$	PERIODO CON SUBSIDIO		TOTAL DIAS
N° SEC	IDENTIFICACION DEL AFILIADO	REMUNERACION O RENTA IMPONIBLE AFECTA A SUBSIDIO \$	COTIZACION OBLIGATORIA \$	COTIZACION SALUD (Sólo Independientes de Fonasa) \$		DESDE (Dia/Mes/Año)	HASTA (Dia/Mes/Año)	
	1 R.U.T. o C.I.(con dígito verificador) 2 APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRES	3	4	5	6	7		9
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

TOTAL PAGINA

TOTAL ACUMULADO

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

Firma del Representante Legal de la Entidad Pagadora de Subsidio

N° AFILIADOS PAGINA	TOTAL AFILIADOS ACUMULADOS
FONDOS DE PENSIONES	FONDOS DE PENSIONES