

<b>SECCION I. DATOS DEL EMPLEADOR</b>									
Razón social o Nombre							C. Identidad o RUT		Cód. Activ.
1							2	3	
Domicilio (Calle, número, depto., villa o población)			Correo Electrónico / E-Mail		Comuna		Ciudad	Región	Teléfono
4							5		
Representante Legal: Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombres							RUT Representante Legal		Cambio en el Rep.Legal
6							7	8	

<b>SECCION II. DETALLE DE COTIZACIONES Y DEPOSITOS DE AHORRO VOLUNTARIO</b>																	
SUBSECCION II. A.- IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR				SUBSECCION II. B.- DATOS DEL AFILIADO VOLUNTARIO				MOVIMIENTOS DEL PERSONAL									
Nº SEC	1	RUT	2	APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRES	3	RUT	4	APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRES	5	MONTO COTIZACION AFILIADO VOLUNTARIO \$	6	DEPOSITOS A LA CUENTA DE AHORRO VOLUNTARIO \$	7	CODIGO	FECHA INICIO	FECHA TERMINO	RUT ENTIDAD SUBSIDIADORA
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
<b>TOTAL</b>																	

NOTA: Si el número de trabajadores es mayor de 10 adjunte las hojas de detalle necesarias

<b>SECCION III. RESUMEN DE COTIZACIONES</b>				<b>SECCION IV. ANTECEDENTES GENERALES</b>								CODIGO DE MOVIMIENTO
SUBSECCION III.1. AFILIADOS VOLUNTARIOS			SUBSECCION III.2. A.F.P.									
	DETALLE	VALORES \$ (Sin Decimales)		DETALLE	VALORES \$ (Sin Decimales)	Nº DE TRABAJADORES		PERIODO (MES / AÑO)				1. Cese de cotización de Afiliado Voluntario.
06	MONTO COT. AFILIADO VOLUNTARIO \$		56	+RECARGO 20% INTERESES \$								2. Trabajadores afectos a subsidios por incapacidad laboral.
02	DEPOSITOS EN CUENTA DE AHORRO VOLUNTARIO \$		57	+COSTAS DE COBRANZA \$		Nº DE AFILIADOS VOL. INFORMADOS						3. Cese de los servicios prestados por el trabajador.
03	SUBTOTAL A PAGAR \$		60	TOTAL A PAGAR A.F.P. \$								4. Trabajadores que estén afectos a permiso sin goce de remuneraciones.
04	+REAJUSTES AFILIADO VOLUNTARIO \$											
05	+INTERESES COT. AFILIADO VOL. \$											
10	TOTAL A PAGAR FONDO \$											

<b>SECCION V. ANTECEDENTES SOBRE EL PAGO</b>									
<b>FONDO DE PENSIONES</b>					<b>A.F.P.</b>				
EFECTIVO <input type="checkbox"/>		CHEQUE <input type="checkbox"/>			EFECTIVO <input type="checkbox"/>		CHEQUE <input type="checkbox"/>		
<b>CHEQUE NOMINATIVO A FONDO DE PENSIONES CUPRUM</b>					<b>CHEQUE NOMINATIVO A A.F.P. CUPRUM S.A.</b>				
CHEQUE NRO. _____ BANCO _____ PLAZA _____					CHEQUE _____ BANCO _____ PLAZA _____				

DECLARÓ BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SON EXPRESION FIEL DE LA REALIDAD		
Firma del Empleador o Representante Legal	V° B° Recepción y Cálculo	Timbre de pago