

SECCIÓN I - IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD PAGADORA

R.U.T. ENTIDAD PAGADORA	-	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	
			REMUNERACIÓN O RENTA DEL MES Mes Año
			Página ____ de ____

SECCIÓN II - DETALLE DE COTIZACIONES

N° SEC	IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO		FONDOS DE PENSIONES		AFP	MONTO IMPONIBLE DIARIO \$	PERÍODO CON SUBSIDIO		TOTAL DIAS
			REMUNERACIÓN O RENTA IMPONIBLE AFECTA A SUBSIDIO \$	COTIZACIÓN OBLIGATORIA \$	COTIZACIÓN SALUD (Sólo independientes de Fonasa) \$		DESDE (Día/Mes/Año)	HASTA (Día/Mes/Año)	
1	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

TOTAL PÁGINA

TOTAL ACUMULADO

ORIGINAL: A.F.P. MODELO

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

Firma del Representante Legal de la Entidad Pagadora de Subsidio

N° AFILIADOS PÁGINA	TOTAL AFILIADOS ACUMULADOS
FONDOS DE PENSIONES	
[]	[]



**HOJA DE DETALLE PARA EL PAGO O DECLARACIÓN DE COTIZACIONES PREVISIONALES DE SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL
FONDOS DE PENSIONES**

SECCIÓN I - IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD PAGADORA

R.U.T. ENTIDAD PAGADORA - NOMBRE O RAZÓN SOCIAL

REMUNERACIÓN O RENTA DEL MES
Mes Año Página ____ de ____

SECCIÓN II - DETALLE DE COTIZACIONES

N° SEC	IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO		FONDOS DE PENSIONES		AFP	MONTO IMPONIBLE DIARIO \$	PERÍODO CON SUBSIDIO		TOTAL DIAS
	1 R.U.T. o C.I. (con dígito verificador)	2 APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRES	3 REMUNERACIÓN O RENTA IMPONIBLE AFECTA A SUBSIDIO \$	4 COTIZACIÓN OBLIGATORIA \$	5 COTIZACIÓN SALUD (Sólo independientes de Fonasa) \$		6	7 DESDE (Día/Mes/Año)	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

TOTAL PÁGINA

TOTAL ACUMULADO

COPIA: EMPLEADOR

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

Firma del Representante Legal de la Entidad Pagadora de Subsidio

N° AFILIADOS PÁGINA

TOTAL AFILIADOS ACUMULADOS

FONDOS DE PENSIONES