

SECCION I - IDENTIFICACION DE LA ENTIDAD PAGADORA		REMUNERACION O RENTA DEL MES	
R.U.T. ENTIDAD PAGADORA	-	NOMBRE O RAZON SOCIAL	Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/> Página <input type="text"/> de <input type="text"/>

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 digito 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	<input style="width: 50px;" type="text"/>	TOTAL AFILIADOS ACUMULADOS	<input style="width: 50px;" type="text"/>
FONDOS DE PENSIONES	<input style="width: 50px;" type="text"/>		<input style="width: 50px;" type="text"/>