

Superintendencia de Administradoras
de Fondos de Pensiones

CIRCULAR N° 583

VISTOS: Las facultades que confiere la ley a esta Superintendencia, se imparten las siguientes instrucciones de cumplimiento obligatorio para todas las Administradoras de Fondos de Pensiones.

REF.: PLANILLA DE COTIZACIONES PREVISIONALES Y DEPOSITOS VOLUNTARIOS. MODIFICA CIRCULAR N° 460

1. En virtud de la modificación introducida por la Ley No. 18.768, publicada en el Diario Oficial el día 29 de Diciembre de 1988, al artículo 17 del decreto Ley No. 3.500, de 1980, sustitúyanse los Anexos Nos. 3, 3-A, 4(1), 4(2), 7 y 8 de la Circular No. 460, que se relacionan con los subsidios por incapacidad laboral por los que se adjuntan a la presente Circular.
2. La referida modificación tiene vigencia a contar del 1o. de enero de 1989. Sin embargo, los subsidios derivados de licencias médicas ingresadas a las entidades pagadoras de subsidios con anterioridad a la vigencia de la modificación y los que se deriven de prórrogas de estas mismas que se autoricen con posterioridad, no estarán afectos a la cotización de salud.
3. La presente Circular entrará en vigencia a partir del 1o. de mayo de 1989, Desde tal fecha, las Administradoras deben recibir las mismas cotizaciones previsionales de subsidios por incapacidad laboral de los afiliados independientes, en los nuevos formularios de planillas de cotizaciones.

JUAN ARIZTIA MATTE
SUPERINTENDENTE

SANTIAGO, 7 del 04 de 1989.

A N E X O No. 7

PLANILLA DE PAGO DE COTIZACIONES PREVISIONALES DE SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL (FORMATO EN ANEXO No. 3)

1.- INSTRUCCIONES GENERALES

Las cotizaciones deben ser declaradas y pagadas dentro de los primeros 10 días del mes siguiente a aquel en que se devengaron los subsidios que las originan, término que se prorrogará hasta el primer día hábil siguiente si dicho plazo expirará en día sábado, domingo o festivo.

2.- INSTRUCCIONES DE LLENADO

1. GENERALES

Las Planillas de Pago de Cotizaciones de Subsidios por Incapacidad Laboral deberán ser confeccionadas a lo menos en triplicado (un original y dos copias).

Los formularios deberán ser llenados en su TOTALIDAD por la entidad pagadora de subsidios a máquina o con letra de imprenta claramente legible, salvo en las partes reservadas para uso exclusivo de la A.F.P.

Los montos en pesos deberán ser registrados sin uso de decimales. Si el primer decimal resulta igual o superior a cinco, las cifras deberán aproximarse al número superior. en caso contrario, al número inferior.

Las entidades pagadoras de subsidios que paguen cotizaciones atrasadas no declaradas deberán llenar por cada mes de atraso una planilla. No deben mezclar pagos por períodos diferentes en una misma planilla.

2. ESPECIFICAS

SECCION I : IDENTIFICACION DE LA ENTIDAD PAGADORA

Los datos que se señalen deben ser exactos para la correcta identificación de la entidad.

SECCION II : DETALLE DE COTIZACIONES

En esta sección se deberá indicar los antecedentes de cada afiliado a A.F.P.
_____.

Si el número de afiliados es mayor a 10 se deberá ocupar las planillas de DETALLE DE PAGO O DECLARACION DE COTIZACIONES necesarias y adjuntarlas a esta planilla al efectuar el pago (Anexo No. 3.A).

COLUMNA 1 : Corresponde a un número de secuencia de los trabajadores que conforman la planilla.

COLUMNA 2 : Deberá anotarse el número de R.U.T. o Cédula de Identidad con dígito verificador del afiliado.

COLUMNA 3 : Deberá anotarse el apellido paterno, materno y nombres del afiliado, en ese mismo orden.

COLUMNA 4 : Deberá anotarse la remuneración o renta imponible afecta a subsidio del afiliado.

COLUMNA 5 : Deberá anotarse el monto en pesos de la cotización obligatoria, que corresponde al 10% más la cotización adicional que fije la A.F.P., de la remuneración o renta imponible afecta a subsidio.

COLUMNA 6 : (sólo afiliados independientes de FONASA) deberá anotarse el monto en pesos de la cotización para salud, que corresponde al 7% de la renta imponible afecta a subsidio.

COLUMNA 7 : Deberá anotarse la remuneración o renta imponible diaria del afiliado.

COLUMNA 8 : Deberá anotarse el período en que el afiliado estuvo afecto a subsidio. (Desde-Hasta).

COLUMNA 9 : Deberá anotarse el número de días en que el afiliado estuvo afecto a subsidio.

SECCION III : RESUMEN DE COTIZACIONES

SUBSECCION III.1 : FONDO DE PENSIONES

Código 04 : Sub total a pagar Fondo: Cotización obligatoria. Comprende el total de cotizaciones obligatorias para la cuenta de capitalización individual del Fondo de Pensiones.

Debe ser la suma del total de la (s) columna (s) 5, del "Detalle de Cotizaciones" (Sección II).

Código 05 y 06 : Reajustes e Intereses a ser calculados por la A.F.P. en caso de mora.

Código 10 : Total a Pagar Fondo. Corresponde al Total de cotizaciones a Pagar al Fondo de Pensiones, incluidos los reajustes e intereses, calculados por la A.F.P., cuando corresponda

Debe ser la suma indicada en el código 04, más los códigos 05, y 06 cuando corresponda.

SUBSECCION III.2 : A.F.P.

Código 55 : Sub total a pagar A.F.P. :

Cotización Salud. (sólo independientes de FONASA) Corresponde al total de cotizaciones para salud de los afiliados independientes de FONASA.

Debe ser la suma del total de la (s) columna (s) 6 del "Detalle de Cotizaciones" (Sección II.).

Código 56 y 57 : (soló en caso de mora) Recargo de intereses y costos de cobranzas a ser calculados por la A.F.P. en caso de mora.

Código 60 : Total a Pagar A.F.P. Corresponde al total de cotizaciones de salud de los afiliados independientes de FONASA, incluidos los recargos y costos de cobranzas calculados por la A.F.P., cuando corresponda. (Suma de los códigos 55, 56 y 57).

SECCION IV : ANTECEDENTES GENERALES

Remuneraciones o Rentas de : Corresponde al mes y año en que se devengaron las remuneraciones o rentas afectas a los subsidios que se están pagando.

Total Subsidios : Corresponde a la suma total de la (s) columna (s) 4 del Detalle de Cotizaciones, en su caso.

Código 1 : NORMAL. Este espacio deberá llenarse con una "X" si la cotización está siendo pagada entre 1o. y el 10 del mes siguiente al cual se devengaron los subsidios que se le dieron origen, o sus prórrogas legales.

Código 2 : ATRASADA. Este espacio deberá llenarse con una "X" si la cotización está siendo pagada con atraso.

Código 3 : ADELANTADA. Este espacio deberá llenarse con una "X" si la cotización está siendo pagada con anterioridad al plazo legal.

Fecha de Pago: Deberá llenarse indicando el día, mes y año en que se pagan las cotizaciones.

Número de Afiliados informados: Se deberá señalar el total de afiliados incorporados en el Detalle de Cotizaciones (Sección II).

Número de hojas anexas : Se deberá colocar el número de hojas de DETALLE DE COTIZACIONES que se adjuntan, cuando el número de afiliados informados es mayor a 10.

SECCION V : ANTECEDENTES SOBRE EL PAGO

Señalar con una "X" la modalidad de pago (efectivo o cheque). Si el Pago se efectúa con cheque, se debe registrar el número del cheque, Banco y Plaza, ya sea para los pagos a Fondo de Pensiones y para la A.F.P., si corresponde.

Los cheques deben ser nominativos a Fondo de Pensiones y A.F.P., para los pagos al Fondo de pensiones y A.F.P., respectivamente.

EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD PAGADORA DEBERA FIRMAR LA PLANILLA DE PAGO DE COTIZACIONES PREVISIONALES.

independientes de FONASA, incluidos los recargos y costas de cobranzas calculados por la A.F.P. (suma de los códigos 55, 56 y 57).

SECCION IV : ANTECEDENTES GENERALES

Remuneraciones o Rentas de: Corresponde al mes y año en que se devengaron las remuneraciones o rentas afectas a los subsidios que se están declarando.

Total Subsidios : "Corresponde a la suma total de la (s) columna (s) del Detalle de Cotizaciones, en su caso.

Número de Afiliados informados: Se deberá señalar el total de afiliados incorporados en el Detalle de Cotizaciones (Sección II).

Número de hojas anexas : Se deberá colocar el número de hojas de DETALLE DE PAGO O DECLARACION DE COTIZACIONES DE SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL que se adjuntan, cuando el número de afiliados informados es mayor a 10.

Fecha de Declaración: Deberá llenarse indicando el día, mes y año en que se efectúa la declaración.

Fecha de Pago: (Sólo en la Planilla de Pago de Cotizaciones Previsionales de Subsidios por Incapacidad Laboral Declaradas). Deberá llenarse indicando el día, mes y año en que se pagan las cotizaciones.

SECCION V : ANTECEDENTES SOBRE EL PAGO

(Sólo en la planilla de Pago de Cotizaciones Previsionales de Subsidios por Incapacidad Laboral Declaradas)

Señalar con una "X" la modalidad de pago (efectivo o cheque). Si el pago se efectúa con cheque, se debe registrar el número del cheque, Banco y Plaza, ya sea para los pagos a Fondo de pensiones y para la A.F.P.

Los cheques deben ser nominativos a Fondo de Pensiones y A.F.P., para los pagos al Fondo de pensiones y A.F.P., respectivamente.

EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD PAGADORA DEBERA FIRMAR LA PLANILLA DE PAGO DE COTIZACIONES PREVISIONALES.

A N E X O No. 8

PLANILLA DE DECLARACION Y NO PAGO DE
COTIZACIONES PREVISIONALES DE SUBSIDIOS POR
INCAPACIDAD LABORAL
(FORMATO EN ANEXO No. 4 (1))

PLANILLA DE PAGO DE COTIZACIONES PREVISIONALES
DE SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL
DECLARADAS
(FORMATO EN ANEXO No. 4 (2))

1.- INSTRUCCIONES GENERALES

Las cotizaciones deben ser declaradas dentro de los primeros 10 días del mes siguiente a aquel en que se devengaron los subsidios que las originan, término que se prorrogará hasta el primer día hábil siguiente si dicho plazo expirará en día sábado, domingo o festivo.

La declaración y no pago de cotizaciones de subsidios por incapacidad laboral previsionales debe hacerse en su set de planillas compuesto por :

- a) "PLANILLAS DE DECLARACION Y NO PAGO DE COTIZACIONES PREVISIONALES DE SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL" que corresponde al original del set de planillas y que sirve para declarar las cotizaciones.
- b) "PLANILLAS DE SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL DE PAGO DE COTIZACIONES DECLARADAS" que corresponde a las tres copias de la "PLANILLA DE DECLARACION Y NO PAGO DE COTIZACIONES DE SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL" y que sirve para pagar las cotizaciones que fueron declaradas.

La distribución del original y las copias de la planilla será la siguiente :

ORIGINAL ROSADO	:	A.F.P. al declarar
1era. COPIA VERDE	:	ENTIDAD PAGADORA DE SUBSIDIOS al declarar A.F.P. al pagar.
2da. COPIA VERDE	:	ENTIDAD PAGADORA DE SUBSIDIOS al declarar ENTIDAD PAGADORA DE SUBSIDIOS al pagar.
3era. COPIA VERDE	:	ENTIDAD PAGADORA DE SUBSIDIOS al declarar ENTIDAD RECAUDADORA al pagar.

Al efectuar la declaración y no pago de las cotizaciones la entidad recaudadora deberá timbrar las tres copias verdes de la planilla y devolvérselas a la entidad pagadora de subsidios.

El no pago de las cotizaciones declaradas se realizará utilizando la "Planilla de Pago de Cotizaciones Previsionales de Subsidios por Incapacidad Laboral Declarados" debidamente timbradas en el espacio correspondiente al timbre de declaración.

2.- INSTRUCCIONES DE LLENADO

1. GENERALES

Las planillas deberán ser llenadas en su TOTALIDAD por la entidad pagadora de subsidios a máquina o con letra imprenta claramente legible, salvo en las partes reservadas para uso exclusivo de la A.F.P.

Los montos en pesos deberán ser registrados sin uso de decimales. Si el primer decimal resulta igual o superior a cinco, las cifras deberán aproximarse al número superior. En caso contrario, al número inferior.

No podrán declararse cotizaciones correspondientes a remuneraciones o rentas devengadas en distintos meses en una misma planilla.

2. ESPECIFICAS

SECCION I : IDENTIFICACION DE LA ENTIDAD PAGADORA

Los datos que se señalen deben ser exactos para la correcta identificación de la entidad.

SECCION II : DETALLE DE COTIZACIONES

En esta sección se deberá indicar los antecedentes de cada afiliado a A.F.P. _____.

Si el número de afiliados es mayor a 10 se deberá ocupar las planillas de DETALLE DE PAGO O DECLARACION DE COTIZACIONES DE SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL (ANEXO No. 3.A) necesarias y adjuntarlas a esta planilla al efectuar la declaración y el pago.

COLUMNA 1 : Corresponde a un número de secuencia de los trabajadores que conforman la planilla.

COLUMNA 2 : Deberá anotarse el número de R.U.T. o Cédula de Identidad con dígito verificador del afiliado.

COLUMNA 3 : Deberá anotarse el apellido paterno, materno y nombres del afiliado, en ese mismo orden.

COLUMNA 4 : Deberá anotarse la remuneración o renta imponible

afecta a subsidio del afiliado.

COLUMNA 5 : Deberá anotarse el monto en pesos de la cotización obligatoria, que corresponde al 10% más la cotización adicional que fije la A.F.P. de la remuneración o renta imponible afecta a subsidio.

COLUMNA 6 : (sólo afiliados independientes de FONASA) Deberá anotarse el monto en pesos de la cotización para salud, que corresponde al 7% de la renta imponible afecta a subsidio.

COLUMNA 7 : Deberá anotarse la remuneración o renta imponible diaria del afiliado.

COLUMNA 8 : Deberá anotarse el período en que el afiliado estuvo afecto a subsidio. (Desde - Hasta).

COLUMNA 9 : Deberá anotarse el número de días en que el afiliado estuvo afecto a subsidio.

SECCION III : RESUMEN DE COTIZACIONES

SUBSECCION III.1 : FONDO DE PENSIONES

Código 04 : Sub total a pagar Fondo: Cotización Obligatoria. Comprende el total de cotizaciones obligatorias para la cuenta de capitalización individual del Fondo de Pensiones.

Debe ser la suma del total de la (s) columna (s) 5, del "Detalle de Cotizaciones" (Sección II).

Código 05 y 06 (Sólo en la Planilla de Pago de Cotizaciones Previsionales de Subsidios por Incapacidad Laboral Declaradas):

Reajustes e Intereses a ser calculados por la A.F.P.

Código 10 : Total a Pagar Fondo. Corresponde al total de cotizaciones a pagar al Fondo de Pensiones, incluidos los reajustes e intereses, calculados por la A.F.P.

Debe ser la suma indicada en el código 04, más los códigos 05, y 06.

SUBSECCION III.2 : A.F.P.

Código 55 : Sub total a pagar A.F.P. : Cotización Salud. (sólo independientes de FONASA) Corresponde el total de cotizaciones para Salud de los afiliados independientes de FONASA.

Debe ser la suma del total de la (s) columna (s) 6 del "Detalle de Cotizaciones" (Sección II).

Código 56 y 57 : (sólo en la planilla de pago de cotizaciones previsionales de subsidios por incapacidad laboral declaradas) Recargo de intereses y

costas de cobranza a ser calculados por la A.F.P.

Código 60 : Total a Pagar A.F.P. corresponde a la suma de las cotizaciones para salud de los afiliados independientes de FONASA, incluidos los recargos y costos de

cobranza calculados por la A.F.P. (suma de los códigos 55, 56 y 57).

SECCION IV : ANTECEDENTES GENERALES

Remuneraciones o Rentas de : Corresponde al mes y año en que se devengaron las remuneraciones o rentas a los subsidios que se están declarando.

Total Subsidios : Corresponde a la suma de la (s) columna (s) 4 del Detalle de Cotizaciones, en su caso.

Número de Afiliados informados : Se deberá señalar el total de afiliados incorporados en el Detalle de Cotizaciones (Sección II).

Número de hojas anexas: Se deberá colocar el número de hojas de DETALLE DE PAGO O DECLARACION DE COTIZACIONES DE SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL que se adjuntan, cuando el número de afiliados informados es mayor a 10.

Fecha de Declaración : Deberá llenarse indicando el día, mes y año en que se efectúa la declaración.

Fecha de Pago : (Sólo en la Planilla de Pago de Cotizaciones Previsionales de Subsidios por Incapacidad Laboral Declaradas). Deberá llenarse indicando el día, mes y año en que se pagan las cotizaciones.

SECCION V : ANTECEDENTES SOBRE EL PAGO

(Sólo en la Planilla de Pago de Cotizaciones Previsionales de Subsidios por Incapacidad Laboral Declaradas)

Señalar con una "X" la modalidad de pago (efectivo o cheque). Si el pago se efectúa con cheque, se debe registrar el número del cheque, Banco y Plaza, ya sea para los pagos a Fondo de Pensiones y para la A.F.P.

Los cheques deben ser nominativos a Fondo de Pensiones y A.F.P. para los pagos al Fondo de pensiones y A.F.P., respectivamente.

EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD PAGADORA DEBERA FIRMAR LA PLANILLA DE PAGO DE COTIZACIONES PREVISIONALES.

**PLANILLA DE PAGO DE COTIZACIONES PREVISIONALES DE SUBSIDIOS
POR INCAPACIDAD LABORAL**

SECCION I - IDENTIFICACION DE LA ENTIDAD PAGADORA										
1	Razón Social						2	R.U.T.		
3	Dirección	Calle	Nro.	Oficina	Comuna	Ciudad	Región	4 Teléfono		
5	Nombre Representante Legal						6	R.U.T.		

SECCION II - DETALLE DE COTIZACIONES					Remuneración o Renta Imponible Afecta a Subsidio	Fondo de Pensiones	A.F.P.	Monto Imponible Diario	PERIODO CON SUBSIDIO		Total días
Nro. Sec. 1	IDENTIFICACION DEL AFILIADO					Cuenta de Capitalización	Cotización Salud (Sólo Independientes de Fonasa)		Desde Día/Mes/Año	Hasta Día/Mes/Año	
	R.U.T o C.I (con dígito verif.)	Apellido Paterno	Apellido materno	Nombres	Cotización Obligatoria	Cotización Salud (Sólo Independientes de Fonasa)					
2	3				\$ 4	\$ 5	\$ 6	\$ 7	8	9	
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

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

TOTAL PAGINA

SUBSECCION III - RESUMEN DE COTIZACIONES					
SUBSECCION III.1 FONDO DE PENSIONES			SUBSECCION III.2 A.F.P.		
DETALLE	CÓDIGO	VALORES \$ (Sin Decimales)	DETALLE	CODIGO	VALORES \$ (Sin Decimales)
Sub Total a Pagar Fondo	04		Sub Total a Pagar A F P	55	
+ Reajuste Fondo	05		+ Recargo 20% Intereses	56	
+ Intereses Fondo	06		+ Costas de Cobranza	57	
TOTAL A PAGAR	10		TOTAL A PAGAR	60	

SECCION IV - ANTECEDENTES GENERALES	
Remuneraciones o Rentas de:	mes año <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
TOTAL SUBSIDIOS :	<input style="width: 60px;" type="text"/>
NORMAL	<input style="width: 20px;" type="text"/> 1
ATRASADA	<input style="width: 20px;" type="text"/> 2
ADELANTADA	<input style="width: 20px;" type="text"/> 3
	día mes año
Fecha de Pago	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
Número de afiliados informados	<input style="width: 20px;" type="text"/>
Número de hojas anexas	<input style="width: 20px;" type="text"/>

SECCION V - ANTECEDENTES SOBRE EL PAGO			
FONDO DE PENSIONES		A.F.P.	
Efectivo _____	Cheque _____	Efectivo _____	Cheque _____
CHEQUE NOMINATIVO A FONDO DE PENSIONES		CHEQUE NOMINATIVO A A.F.P.	
Cheque Nro. _____	Banco _____	Cheque Nro. _____	Banco _____
	Plaza _____		Plaza _____
Declaro bajo juramento que los datos consignados son expresión fiel de la realidad		Vo. Bo. Recepción y Cálculo	Y TIMBRE CAJERO

Firma del Representante legal de la Entidad Pagadora de Subsidio		
---	--	--

HOJA DE DETALLE PARA EL PAGO O DECLARACION DE COTIZACIONES PREVISIONALES
DE SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL

mes año
Remuneraciones o Rentas de : |____|____|

R.U.T. ENTIDAD PAGADORA |_____|

RAZON SOCIAL |_____|

Página _____ de _____

IDENTIFICACION DEL AFILIADO					Remuneración o Renta Imponible Afecta a Subsidio	Fondo de Pensiones	A.F.P.	Monto Imponible Diario	PERIODO CON SUBSIDIO		Total días	
Nro. Sec. 1	IDENTIFICACION DEL AFILIADO					Cuenta de Capitalización	Cotización Salud (Sólo Inde- pendientes de Fonasa)		8	Desde		Hasta
		R.U.T o C.I (con digito verif.)	Apellido Paterno	Apellido materno	Nombres	\$ 4	\$ 5	\$ 6	\$ 7	Día/Mes/Año	Día/Mes/Año	9
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												

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

Firma del Representante Legal de la Entidad Pagadora de
subsidio

|_TOTAL_PAGINA_____|
-
|_TOTAL_ACUMULADO_____|
No. DE AFILIADOS
TOTALES ACUMULADOS DE
AFILIADOS

PLANILLA DE PAGO DE COTIZACIONES PREVISIONALES DE SUBSIDIOS
POR INCAPACIDAD LABORAL

SECCION I - IDENTIFICACION DE LA ENTIDAD PAGADORA										
1	Razón Social							2	R.U.T.	
3	Dirección	Calle	Nro.	Oficina	Comuna	Ciudad	Región	4	Teléfono	
5	Nombre Representante Legal							6	R.U.T.	

SECCION II - DETALLE DE COTIZACIONES					Remuneración o Renta Imponible Afecta a Subsidio	Fondo de Pensiones	A.F.P.	Monto Imponible Diario	PERIODO CON SUBSIDIO		Total días
Nro. Sec. 1	IDENTIFICACION DEL AFILIADO					Cuenta de Capitalización	Cotización Salud (Sólo Independientes de Fonasa)		Desde Día/Mes/Año	Hasta Día/Mes/Año	
	R.U.T o C.I (con dígito verif.)	Apellido Paterno	Apellido materno	Nombres	Cotización Obligatoria	Cotización de Fonasa					
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
TOTAL PAGINA											

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

SUBSECCION III - RESUMEN DE COTIZACIONES					
SUBSECCION III.1 FONDO DE PENSIONES			SUBSECCION III.2 A.F.P.		
DETALLE	CÓDIGO	VALORES \$ (Sin Decimales)	DETALLE	CODIGO	VALORES \$ (Sin Decimales)
Sub Total a Pagar Fondo	04		Sub Total a Pagar A F P	55	

SECCION IV - ANTECEDENTES GENERALES	
Remuneraciones o Rentas de:	mes año <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
TOTAL SUBSIDIOS :	<input style="width: 100px; height: 25px;" type="text"/>
Número de Afiliados informados	<input style="width: 60px; height: 25px;" type="text"/>
Número de hojas anexas	<input style="width: 60px; height: 25px;" type="text"/>
Fecha de Declaración	día mes año <input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 25px;" 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	USO INTERNO A.F.P.
-----------------------	---	--------------------

**PLANILLA DE PAGO DE COTIZACIONES PREVISIONALES DE SUBSIDIOS
POR INCAPACIDAD LABORAL DECLARADOS**

SECCION I - IDENTIFICACION DE LA ENTIDAD PAGADORA										
1	Razón Social							2	R.U.T.	
3	Dirección	Calle	Nro.	Oficina	Comuna	Ciudad	Región	4	Teléfono	
5	Nombre Representante Legal							6	R.U.T.	

SECCION II - DETALLE DE COTIZACIONES					Remuneración o Renta Imponible Afecta a Subsidio	Fondo de Pensiones	A.F.P.	Monto Imponible Diario	PERIODO CON SUBSIDIO		Total días
Nro. Sec. 1	IDENTIFICACION DEL AFILIADO					Cuenta de Capitalización	Cotización Salud (Sólo Independientes de Fonasa)		Desde Día/Mes/Año	Hasta Día/Mes/Año	
	R.U.T o C.I (con dígito verif.)	Apellido Paterno	Apellido materno	Nombres	Cotización Obligatoria	Cotización Salud (Sólo Independientes de Fonasa)					
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
TOTAL PAGINA											

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

SUBSECCION III - RESUMEN DE COTIZACIONES					
SUBSECCION III.1 FONDO DE PENSIONES			SUBSECCION III.2 A.F.P.		
DETALLE	CÓDIGO	VALORES \$ (Sin Decimales)	DETALLE	CODIGO	VALORES \$ (Sin Decimales)
Sub Total a Pagar Fondo	04		Sub Total a Pagar A F P .	55	
+ Reajuste Fondo	05		+ Recargo 20% Intereses	56	
+ Intereses Fondo	06		+ Costas de Cobranza	57	
TOTAL A PAGAR	10		TOTAL A PAGAR	60	

mes año	
Remuneraciones o Rentas de:	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
TOTAL SUBSIDIOS :	<input style="width: 100px; height: 25px;" type="text"/>
Números de Afiliados	<input style="width: 60px; height: 25px;" type="text"/>
Número de hojas	<input style="width: 60px; height: 25px;" type="text"/>
	día mes año
Fecha de Pago	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>
	día mes año
Fecha de Declaración	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>

SECCION V - ANTECEDENTES SOBRE EL PAGO	
FONDO DE PENSIONES Efectivo _____ Cheque _____ CHEQUE NOMINATIVO A FONDO DE PENSIONES Cheque Nro. _____ Banco _____ Plaza _____	A.F.P. Efectivo _____ Cheque _____ CHEQUE NOMINATIVO A A.F.P. _____ Cheque Nro. _____ Banco _____ Plaza _____

ADVERTENCIA:

	DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS	
--	--	--

Vo. Bo.

La presencia de un timbre de caja indica que esta planilla ha sido declarada y no pagada.
La presencia de dos timbres de caja que esta planilla ha sido pagada.

TIMBRE DE DECLARACION	SON EXPRESION FIEL DE LA REALIDAD <hr/> Firma del Representante Legal de la Entidad Pagadora de Subsidio	Vo.Bo. RECEPCION Y CALCULO	TIMBRE CAJERO
--------------------------	---	----------------------------	---------------