



| |
|------------|
| Nro. Folio |
| |

TIPO DE PAGADOR:
TIPO DE PAGO:

EMPRESA DECLARACIÓN Y PAGO

**ENT.PAGADORA SUBSIDIO
DECLARACIÓN Y NO PAGO**

SUCURSAL _____

| Remuneraciones | |
|----------------|-----|
| Mes | Año |
| | |

| Período de Gratificaciones | | | | | |
|----------------------------|-----|-----|---|-----|-----|
| | Mes | Año | | Mes | Año |
| De | | | A | | |

Nº HOJAS ANEXAS _____

A.- IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR

| | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|--|--------------|--|-------------------------|-------------|--------|----------------|--------|--|
| Nombre o Razón social | | | | | RUT empresa | | Act. Económica | | |
| Domicilio | | Calle N° | | Ofic/Local | | Comuna | | Región | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Clave empresa | | Fono empresa | | | Email | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Nombre completo Representante Legal | | | | Rut Representante Legal | | Email | | | |
| | | | | | | | | | |

B.- DETERMINACIÓN DE REMUNERACIONES, COTIZACIONES Y RETENCIONES

| | TIPO AFILIADOS | CANTIDAD DE TRABAJADORES | | | Remuneraciones impositibles | % tasa de Cotización | Sub total Cotizaciones |
|---|----------------|--------------------------|---------|-------------|-----------------------------|----------------------|------------------------|
| | | Hombres | Mujeres | Intersexual | | | |
| 1 | Afectos FONASA | | | | | | |
| 2 | Afectos ISAPRE | | | | | | |
| | TOTALES | | | | | | |

| | | |
|---|--|--|
| 3 | TOTAL RETENCIONES Y COTIZACIONES (Líneas 1 + 2) | |
|---|--|--|

C.- DETERMINACIÓN REBAJAS AUTORIZADAS

| | | Asig. Familiares del Mes | | | Asig. Familiares Retroactivas | | Total Pagado | |
|---|-----------------|--------------------------|---------|---------|-------------------------------|----------|--------------|-------|
| | | Cantidad | | | Valor | Cantidad | | Valor |
| | | Tramo A | Tramo B | Tramo C | | | | |
| 4 | A.F. Simples | | | | | | | |
| 5 | A.F. Inválidas | | | | | | | |
| 6 | A.F. Maternales | | | | | | | |
| 7 | Reintegros AFA | | | | | | | |
| 8 | Otros | | | | | | | |
| | TOTALES | | | | | | | |

| | | |
|---|----------------------------------|--|
| 9 | TOTAL REBAJAS (4+5+6+7+8) | |
|---|----------------------------------|--|

D.- CÁLCULO DE GRAVÁMENES

(USO EXCLUSIVO LOS HÉROES CCAF)

Sr. Empleado

La Circular Nº 2511 de la Superintendencia de Seguridad Social establece que sólo se podrán aceptar las compensaciones de Asignación Familiar que correspondan a causantes que hayan sido previamente reconocidos y autorizados su pago por la respectiva entidad administradora. Si por algún motivo un empleador al declarar y pagar las cotizaciones compensara asignaciones que no se encuentran reconocidas por la entidad administradora, la compensación sólo tendrá validez respecto de las asignaciones autorizadas a compensar por la entidad administradora y se deberá cobrar al empleador las cotizaciones adeudas.

| | |
|----|----------------|
| 10 | Reajustes |
| 11 | Intereses |
| 12 | Multas |
| 13 | Gasto Cobranza |

Declaro que los datos asignados son expresión fiel de la realidad y que he tomado conocimiento de la Ley 17.322, "Normas para la cobranza judicial de Cotizaciones, aportes y multas de las Instituciones de Seguridad Social"

| | | |
|----|---------------------------------------|--|
| 14 | TOTAL GRAVÁMENES (10+11+12+13) | |
|----|---------------------------------------|--|

SALDOS DE COMPENSACIÓN

| | |
|-------------------------------------|--|
| Favor Empleador Si $9 - (3+14) > 0$ | |
| Favor CCAF Si $(3+14) - 9 > 0$ | |

| |
|---|
| DECLARACIÓN |
| <div style="border-top: 1px solid black; text-align: center; margin-top: 10px;"> TIMBRE DECLARACIÓN </div> |

| | |
|---------------------|-------------|
| | PAGO |
| ANTECEDENTES | |
| EFFECTIVO \$ _____ | |
| CHEQUE \$ _____ | |
| N° CHEQUE _____ | |
| BANCO _____ | |
| | TIMBRE CAJA |

INSTRUCCIONES

ASPECTOS GENERALES:

- 1.- Conforme a lo establecido en la Ley N° 17.322 y sus modificaciones , las cotizaciones previsionales deben ser declaradas y pagadas dentro de los 10 primeros días del mes siguiente a aquel en que se devengaron las remuneraciones, o al día hábil siguiente, si el término del plazo es Sábado, Domingo o Festivo. Si el pago es en forma electrónica, el plazo se extiende hasta el día 13.
- 2.- El presente formulario deberá llenarse en triplicado , de preferencia a máquina de escribir e incluir en él toda la información que se solicita. En caso contrario, la declaración se considera incompleta o errónea, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley N° 17.322, y será sancionada con una multa de 0,75 U.F. por cada trabajador.
- 3.- Deberá utilizarse una planilla para cada mes de remuneración por los cuales se cancelan las cotizaciones.
- 4.- El empleador sólo deberá llenar los espacios en blanco, los sombreados son de uso exclusivo de la C.C.A.F.
- 5.- Es de carácter obligatoria la presentación del anexo del trabajadores junto a la presente cotización.

LLENADO DEL FORMULARIO

SECCION A. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR

En general, deberán proporcionarse todos los datos que se soliciten en esta Sección que permitan una correcta identificación de la empresa y de su respectivo representante legal. En especial deberá prestarse atención a lo siguiente.

- 1.- **Tipo de Pagador**
En esta sección se deberá hacer una marca en la casilla que corresponda: Empresa si es un empleador normal o Ent. Pagadora de subsidio si es una Mutualidad.
- 2.- **Tipo de Pago**
Se debe marcar si está realizando una Declaración y Pago de cotizaciones o si se trata de una Declaración y No Pago.
- 3.- **Remuneraciones**
Se indicará el mes y el año al que corresponden las remuneraciones por las cuales se cancelan las cotizaciones.
- 4.- **Gratificaciones**
Se utilizará sólo cuando se cancelen cotizaciones que correspondan a gratificaciones , debiéndose anotar el período que comprenden dichas gratificaciones.
- 5.- **Actividad Económica**
Se registrará el código de actividad económica asignado al empleador.
- 6.- **Clave Empresa**
Deberá indicarse la clave completa asignada a la empresa o faena. Este dato puede obtenerse de la planilla computacional de asignación familiar que mensualmente se envía a la empresa.
- 7.- **Mutual**
Si el empleador está adherido a una Mutual, se indicará el nombre de ésta.

SECCION B. DETERMINACIÓN DE REMUNERACIONES.

COTIZACIONES Y RETENCIONES

En esta caja de compensación deberán enterarse las cotizaciones previsionales que se indican a continuación.

- De cargo del trabajador
- * Fondo de salud

1.- Cantidad de Trabajadores

Se señalará el número de trabajadores por los cuales se está efectuando la declaración y pago. Su OMISIÓN será considerada como declaración incompleta o errónea para los efectos de aplicar la multa de 0,75 U.F. establecida en la Ley N° 17.322 y sus modificaciones.

Remuneraciones Imponibles

- 2.- Se registrará para cada clasificación de Afiliados (tipos) el total de remuneraciones imponibles devengadas en el mes respectivo (Lineas 1 y 2).
- 3.- **% Tasa de Cotización**
Este porcentaje aplica sólo a los trabajadores afiliados a FONASA, pertenecientes al régimen previsional antiguo o nuevo y corresponde a un porcentaje (%) del 7% para salud de acuerdo al mes de sus remuneraciones imponibles.

| Mes de remuneración | % Tasa Cotiz. |
|-------------------------------|---------------|
| Anterior a noviembre 2020 | 0,6 |
| Diciembre 2020 a enero 2022 | 3,1 |
| Febrero 2022 a diciembre 2022 | 6,45 |
| Sólo enero 2023 | 3,1 |
| Febrero 2023 a diciembre 2023 | 6 |
| Sólo enero 2024 | 3,1 |
| Febrero 2024 a mayo 2024 | 4,9 |
| Junio a diciembre 2024 | 5,4 |
| Sólo enero 2025 | 3,1 |
| Desde febrero 2025 | 5,2 |
| Desde noviembre 2025 | 4,5 |

- 4.- **Sub-Total Cotizaciones**
Estará constituido por el producto que resulte al aplicar el % de cotización respectivo sobre las remuneraciones imponibles.
- 5.- **Total Cotizaciones y Retenciones (Línea 3)**
Se anotará la suma de todos los valores indicados en la columna "Sub-Total Cotizaciones"

SECCION C. DETERMINACIÓN DE REBAJAS AUTORIZADAS

- 1.- **Asignaciones familiares del mes**
Deberá registrarse el número de asignaciones familiares y los montos pagados para cada uno de los tipos de asignaciones (líneas 4, 5 y 6) que correspondan al mes de remuneraciones. 8 corresponde a otros beneficios.
- 2.- **Asignaciones familiares Retroactivas**
Se indicará el número y los montos pagados para cada tipo de asignación (líneas 4, 5 y 6) y que correspondan a meses anteriores a aquel por el cual se cancelan las cotizaciones y 8 cuando corresponda.
- 3.- **Reintegros AFA**
Se indicará el número y monto total por la devolución a la Caja de Compensación de Asignaciones Familiares pagadas erróneamente en períodos anteriores.
- 4.- **Total Pagado**
Se registrará la suma de los conceptos indicados precedentemente para cada tipo de asignación (líneas 4, 5 y 6) y otros (línea 8) descontando los reintegros (línea 7).
- 5.- **Total Rebajas (Línea 9)**
Se anotará en esta línea, la suma del total de las rebajas autorizadas a compensar en el mes respectivo , descontando los reintegros de asignación familiar.

SECCION D. CÁLCULO DE GRAVÁMENES

Esta Sección y todos los conceptos que ella contiene son de USO EXCLUSIVO DE LA C.C.A.F.

SALDOS DE COMPENSACIÓN

- 1.- **Favor del Empleador**
Si el total de rebajas (línea 9) fuere mayor que el total de cotizaciones y retenciones (línea 3), más el total de gravámenes (línea 14) el monto resultante a favor de la empresa se anotará en esta línea .
- 2.- **Favor C.C.A.F.**
Si el total de cotizaciones (línea 3) más el total de gravámenes (línea 14) fuese mayor que el total de rebajas (línea 9), la diferencia resultante a favor de la Caja se anotará en esta línea.