

Libro II, Título VIII, Letra E, Anexos

Anexo N° 4 Planilla de Declaración y no pago de Cotizaciones Previsionales de Subsidios por Incapacidad Laboral y Planilla de Pago de Cotizaciones Previsionales de Subsidios por Incapacidad Laboral Declaradas

PLANILLA DE DECLARACION Y NO PAGO DE COTIZACIONES PREVISIONALES DE SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL FONDOS DE PENSIONES

NOMBRE Y LOGOTIPO DE AFP

N° SERIE DECLARACION

FOLIO

| | | | | | | | | | | |
|---|---|--|-------|-------|----------------------|--|-------------------------|----------------------|-----------|------------|
| SECCION I - IDENTIFICACION DE LA ENTIDAD PAGADORA | | | | | | | | | | |
| 1 | RAZON SOCIAL | | 2 | | RUT ENTIDAD PAGADORA | | 4 | | TELEFONO | |
| 3 | DIRECCION - CALLE, NUMERO DE OFICINA LOCAL | | | | CIUDAD | | 7 | | RUT LEGAL | |
| 5 | REPRESENTANTE LEGAL, APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRES | | | | 6 | | RUT REPRESENTANTE LEGAL | | | |
| SECCION II - DETALLE DE COTIZACIONES | | | | | | | | | | |
| 1. IDENTIFICACION DEL ASEGURADO | | | | | | | | | | |
| RUT S.C.I. (RUT 2010, 999.999.999) | | APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRES | | AFP | | COTIZACION SALUD (Segs. Previsionales) | | PERIODO CON SUBSIDIO | | TOTAL DIAS |
| 1 | RENUMERACION O RENTA | COTIZACION OBLIGATORIA \$ | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 2 | RENTA | RENTA | RENTA | RENTA | RENTA | RENTA | RENTA | RENTA | RENTA | RENTA |
| 3 | RENTA | RENTA | RENTA | RENTA | RENTA | RENTA | RENTA | RENTA | RENTA | RENTA |
| 4 | RENTA | RENTA | RENTA | RENTA | RENTA | RENTA | RENTA | RENTA | RENTA | RENTA |
| 5 | RENTA | RENTA | RENTA | RENTA | RENTA | RENTA | RENTA | RENTA | RENTA | RENTA |
| TOTAL PAGINA | | | | | | | | | | |

NOTA: Si el número de trabajadores es mayor de 5 adjunte las hojas de detalle necesarias.

SECCION III - RESUMEN DE COTIZACIONES

| | | | |
|--|--------|----------------------------|----------------------------|
| SUBSECCION III.1. FONDOS DE PENSIONES | | SUBSECCION III.2. A.F.P. | |
| DETALLE | Código | Valores \$ (sin decimales) | Valores \$ (sin decimales) |
| SUBTOTAL A PAGAR FONDOS Cotización Obligatoria | 04 | | |
| SUBTOTAL A PAGAR A.F.P. Cotización Salud (Solo Ind. de FONASA) | 55 | | |

SECCION IV - ANTECEDENTES GENERALES

RENUMERACIONES O RENTAS DE

MES AÑO

FECHA DE DECLARACION

DIA MES AÑO

N° HOJAS ANEXAS

TOTAL SUBSIDIOS FONDOS DE PENSIONES

N° AFILIADOS INFORMADOS FONDOS PENSIONES

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

Nota de actualización: El formulario Planilla de Pago de Cotizaciones Previsionales de Subsidios por Incapacidad Laboral Declaradas fue reemplazado por la Norma de Carácter General N° 202, de fecha 11 de septiembre de 2017.

INSTRUCCIONES DE LLENADO

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 expirare en día sábado, domingo o festivo.

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

a) "PLANILLA DE DECLARACIÓN Y NO PAGO DE COTIZACIONES PREVISIONALES DE SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL FONDOS DE PENSIONES Y SEGURO DE CESANTÍA" que corresponde al original del set de planillas y que sirve para declarar las cotizaciones.

b) "PLANILLA DE PAGO DE COTIZACIONES PREVISIONALES DE SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL DECLARADAS FONDOS DE PENSIONES Y SEGURO DE CESANTÍA" que corresponde a las tres copias de la "PLANILLA DE DECLARACIÓN Y NO PAGO DE COTIZACIONES PREVISIONALES DE SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL FONDOS DE PENSIONES Y SEGURO DE CESANTÍA" y que sirve para pagar las cotizaciones que fueron declaradas. La distribución del original y las copias de la planilla será la siguiente:

DESTINO

ORIGINAL ROSADO: AFP y/o AFC al declarar

1ª COPIA VERDE: ENTIDAD PAGADORA DE SUBSIDIOS al declarar AFP, v/o AFC al pagar

2ª COPIA VERDE: ENTIDAD PAGADORA DE SUBSIDIOS al declarar ENTIDAD PAGADORA DE SUBSIDIOS al pagar

3ª 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 pago de las cotizaciones declaradas se realizará utilizando la "Planilla de Pago de Cotizaciones Previsionales de Subsidios por Incapacidad Laboral Declaradas Fondos de Pensiones y Seguro de Cesantía" 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 de imprenta claramente legible, salvo en las partes reservadas para uso exclusivo de la AFP y/o la AFC. 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. ESPECÍFICAS

SECCIÓN I: IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD PAGADORA

Los datos que se señalen deben ser exactos para la correcta identificación de la entidad. El espacio correspondiente al código 7, deberá llenarse con una cruz sólo si existiera un cambio en el Representante Legal de la entidad pagadora de subsidio respecto al último mes pagado o declarado.

SECCIÓN II: DETALLE DE COTIZACIONES

En esta sección se deberá indicar los antecedentes de cada afiliado a la AFP y/o a la AFC, según corresponda. Si el número de afiliados es mayor a 5 se deberá ocupar los formularios HOJA DE DETALLE PARA EL PAGO O DECLARACIÓN DE COTIZACIONES PREVISIONALES DE SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL FONDOS DE PENSIONES Y SEGURO DE CESANTÍA necesarios, y adjuntarlos 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 (Tope máximo de 60 U.F. reajustada, considerando la variación del índice de remuneraciones reales determinada por el Instituto Nacional de Estadísticas. Este tope comenzará a regir el primer día hábil de cada año).

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

Tratándose de trabajadores para los cuales el pago de la prima del Seguro de Invalidez y Supervivencia sea de cargo del empleador, deberá anotarse el monto en pesos que debe aportar el trabajador por la cotización obligatoria de capitalización (equivalente al 10% de la remuneración imponible afecta a subsidio) y por la comisión porcentual que fije la AFP para su financiamiento.

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, correspondiente a los Fondos de Pensiones.

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.

COLUMNA 10: Deberá anotarse la remuneración o renta imponible afecta a subsidio (Tope máximo de 90 U.F.) del afiliado correspondiente al Seguro de Cesantía.

COLUMNA 11: Deberá anotarse la remuneración o renta imponible diaria del afiliado, correspondiente al Seguro de Cesantía.

COLUMNA 12: Deberá anotarse el monto en pesos de la cotización del afiliado que corresponde al 0.6% de la remuneración o renta imponible afecta a subsidio (Tope máximo de 90 U.F.) del Seguro de Cesantía.

Esta tasa es aplicable solamente para los trabajadores con contrato indefinido. Para los trabajadores sujetos a contrato a plazo o para una obra, trabajo o servicio determinado (Párrafo 4, Ley 19.728), esta tasa de cargo exclusivo del empleador, corresponde a un 3% de la remuneración imponible del trabajador (Tope máximo de 90 UF)

SECCIÓN III: RESUMEN DE COTIZACIONES

SUBSECCION III.1: FONDOS DE PENSIONES

Código 04: Subtotal a pagar Fondos. Cotización Obligatoria: Comprende el total de cotizaciones obligatorias a los Fondos de Pensiones, incluidas las cotizaciones obligatorias de capitalización (equivalente al 10% de la remuneración imponible afecta a subsidio) y las comisiones porcentuales que fije la AFP para su (mandamiento que les corresponde aportar a aquellos trabajadores cuya prima del Seguro de Invalidez y Supervivencia es de cargo del empleador.

Código 05 y 06; (Sólo en la Planilla de Pago de Cotizaciones Previsionales de Subsidios por Incapacidad Laboral Declaradas Fondos de Pensiones y Seguro de Cesantía): Reajustes e Intereses a ser calculados por la AFP.

Código 10: Total a Pagar Fondos de Pensiones. Corresponde al total de cotizaciones a pagar a los Fondos de Pensiones, incluidos los reajustes e intereses, calculados por la AFP. Debe ser la suma indicada en el código 04 más los códigos 05 y 06.

SUBSECCION III.2: AFP

Código 55: Subtotal a pagar AFP: 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 57: (Sólo en la Planilla de Pago de Cotizaciones Previsionales de Subsidios por Incapacidad Laboral Declaradas Fondos de Pensiones y Seguro de Cesantía). Costas de cobranza a ser calculados por la AFP.

Código 60: Total a Pagar AFP. Corresponde a la suma de las cotizaciones para salud de los afiliados independientes de FONASA, incluidos las costas de cobranza calculados por la AFP. (Suma de los códigos 55 y 57).

Nota de actualización: Esta subsección fue reemplazada por la Norma de Carácter General N° 202, de fecha 11 de septiembre de 2017.

SUBSECCION III.3: FONDO DE CESANTÍA

Código 11: Cotización Afiliado: Corresponde a la cotización del afiliado al Fondo de Cesantía. Debe ser la suma del total de la(s) columna(s) 12 del "Detalle de Cotizaciones" (Sección II)

Código 13: Subtotal a pagar Fondo. Comprende el total de cotizaciones de Cesantía aportado por el afiliado para el Fondo de Cesantía. Corresponde a la cifra señalada en código 11.

Código 14 y 15: (Sólo en la Planilla de Pago de Cotizaciones Previsionales de Subsidios por Incapacidad Laboral Declaradas Fondos de Pensiones y Seguro de Cesantía). Reajustes e Intereses a ser calculados por la A.F.C.

Código 20: Total a Pagar Fondo de Cesantía. Corresponde al total de cotizaciones a pagar al Fondo de Cesantía, incluidos los reajustes e intereses, calculados por la AFC. Debe ser la suma indicada en el código 11, más los códigos 14 y 15.

SUBSECCION III.4: AFC

Código 67: Costas de cobranzas a ser determinadas por la AFC.

Código 70: Total a Pagar AFC. Corresponde al monto señalado en código 67.

SECCIÓN 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 Fondos de Pensiones: Corresponde a la suma total de la(s) columna(s) 4 del Detalle de Cotizaciones (Sección II).

Total Subsidios Fondo de Cesantía: Corresponde a la suma total de la(s) columna(s) 10 del Detalle de Cotizaciones (Sección II).

Número de Afiliados Informados Fondos de Pensiones: Se deberá señalar el total de afiliados a los Fondos de Pensiones incorporados en el Detalle de Cotizaciones (Sección II).

Número de Afiliados Informados Fondo de Cesantía: Se deberá señalar el total de afiliados al Fondo de Cesantía incorporados en el Detalle de Cotizaciones (Sección II).

Número de hojas anexas: Se deberá señalar el número de formularios HOJA DE DETALLE PARA EL PAGO O DECLARACIÓN DE COTIZACIONES PREVISIONALES DE SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL FONDOS DE PENSIONES Y SEGURO DE CESANTÍA que se adjuntan, cuando el número de afiliados informados es mayor a 5.

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 Fondos de Pensiones y Seguro de Cesantía). Deberá llenarse indicando el día, mes y año en que se pagan las cotizaciones.

SECCIÓN V: ANTECEDENTES SOBRE EL PAGO (Sólo en la Planilla de Pago de Cotizaciones Previsionales de Subsidios por Incapacidad Laboral Declaradas Fondos de Pensiones y Seguro de Cesantía)

SUBSECCION V.1: ANTECEDENTES SOBRE EL PAGO A LOS FONDOS DE PENSIONES.

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 los Fondos de Pensiones y para la AFP en caso de mora. Los cheques deben ser nominativos a Fondo de Pensiones XXXXXX y AFP XXXXXX S. A. según corresponda. Este último sólo se extenderá en caso de mora.

SUBSECCION V.2: ANTECEDENTES SOBRE EL PAGO A LOS FONDOS DE CESANTÍA.

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 los Fondos de Cesantía y para la AFC en caso de mora. Los cheques deben ser nominativos a Fondos de Cesantía y AFC CHILE S.A. según corresponda. Este último sólo se extenderá en caso de mora.

EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD PAGADORA DEBERÁ FIRMAR LA PLANILLA DE DECLARACIÓN Y NO PAGO DE COTIZACIONES PREVISIONALES DE SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL FONDOS DE PENSIONES Y SEGURO DE CESANTÍA.