

CERTIFICADO DE RENTAS

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA	RUT	Nº DE CLASIFICACIÓN
NOMBRE DEL TRABAJADOR	RUT	FECHA DEL ACCIDENTE
Nº Cuenta Corriente o Vista	BANCO	FECHA DE INICIO DE REPOSO

DE ACUERDO CON LO DISPUESTO EN EL ART. 30 DE LA LEY 16.744, MODIFICADO POR EL ART. 96 DE LA LEY Nº 18.768, SE DETALLAN LAS RENTAS MENSUALES Y SUBSIDIOS DEL TRABAJADOR DE NUESTRA EMPRESA QUE HA SIDO IDENTIFICADO ANTERIORMENTE, PARA LOS EFECTOS DEL PAGO DE SUBSIDIO POR ACCIDENTE DEL TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL.

REMUNERACIONES

TRES MESES ANTERIORES AL REPOSO MÉDICO	MES - AÑO	MES - AÑO	MES - AÑO
DIAS TRABAJADOS			
DIAS LICENCIA			

DESGLOSE DE REMUNERACIONES IMPONIBLES

A) Sueldo Base			
B) Gratificación Legal			
C) Comisiones			
D) Horas Extras			
E) Bono de Producción			
F) Bonos Ocasionales			
G) Bonos Mensuales Imponibles			
H) Otros imponibles (mensuales)			
TOTAL IMPONIBLE			
MONTO SUBSIDIOS MÉDICOS			

DESCUENTOS LEGALES

APORTES PREVISIONALES			
COTIZACIÓN DE SALUD			
IMPUESTO ÚNICO			
SEGURO DE CESANTÍA (0,6%)			
TOTAL REMUNERACIONES NETAS			

ANTECEDENTES PREVISIONALES Y LABORALES :

Seguro de Cesantía
Aporte trabajador: Si ____ No ____

NOMBRE DE LA AFP O EX CAJA DE PREVISIÓN

COTIZA PARA SEGURO DE
INVALIDEZ Y SOBREVIVENCIA:
Si ____ No ____

NOMBRE DE ISAPRE O FONASA

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA

VIGENTE:
Si ____ No ____

APORTE TOTAL SALUD PACTADO ISAPRE

LO ANTECEDENTES QUE SE ENTREGAN EN ESTE CONTRATO SON TRANSCRIPCIÓN FIEL DE LAS LIQUIDACIONES DE REMUNERACIONES Y SUBSIDIOS DEL TRABAJADOR YA INDIVIDUALIZADO, CORRESPONDIENTES A LOS MESES QUE SE INFORMAN, CONSIDERANDO LO INDICADO EN EL PUNTO N1 3 DE LAS NOTAS ACLARATORIAS, DECLARO QUE ESTOS ANTECEDENTES SON LOS QUE OBRAN EN PODER DE LA EMPRESA Y EXTIENDO EL PRESENTE CERTIFICADO EN REPRESENTACIÓN DE ELLA , SOLO PARA LOS EFECTOS DEL CALCULO DE LOS SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL DEL MISMO TRABAJADOR.

NOTA: SI EL TRABAJADOR ESTA AFECTO A RETENCIÓN JUDICIAL, ADJUNTAR RESOLUCIÓN.

NOMBRE DEL HABILITADO: _____
CARGO: _____
E-MAIL: _____
TELÉFONO: _____
FECHA: _____

FIRMA Y TIMBRE

La Asociación Chilena de seguridad, se reserva el derecho de verificar los antecedentes consignados en este documento, a través de su Unidad de Inspección a Empresas Asociadas.

NOTAS ACLARATORIAS

1. MESES INFORMADOS

Si el trabajador lleva menos de un mes en la Empresa, se debe informar lo pactado en el contrato de trabajo.

Si el trabajador tiene menos de tres meses en la Empresa, debe informarse lo efectivamente cancelado y acompañar fotocopia de su contrato de trabajo.

2. REMUNERACIONES

Indicar los tres meses **anteriores al inicio del reposo médico**, (días efectivamente trabajados y días con Licencia Médica), en el mes informado, si correspondiera.

3. DESGLOSE DE REMUNERACIONES IMPONIBLES

a) Sueldo Base: Anotar el sueldo base efectivo.

b) Gratificación Legal: (Se debe informar, separada de las Rentas Mensuales), no debe ser considerada en las rentas consignadas en la letra G de éste documento.

c),d) Comisiones y horas extraordinarias: Anotar las percibidas en cada mes.

e) Bono de Producción: Indicar si éste es de carácter mensual, trimestral, anual, etc.

f) Bonos Ocasionales: Se debe anotar los Aguinaldos (Fiestas Patrias, Navidad, etc.), y aquellos bonos especiales que no son de pago mensual, (escolaridad, vacaciones, matrimonio, etc.).

g) Bonos mensuales impondibles: Informar aquellos que no tengan carácter de ocasional.

h) Otros Impondibles: Anotar otras rentas impondibles que sean de carácter mensual. Total Impondible; Es el resultado de la suma de las líneas, A,B,C,D, F, G y H.

4. SUBSIDIOS POR LICENCIA MÉDICAS

Anotar en el mes que corresponda, los subsidios percibidos por éste concepto, pagados por el régimen de salud del trabajador, y/u otra Institución. Además se debe adjuntar copia del certificado de los subsidios (Isapre, Compín, C.C.A.F., etc.).

5. DESCUENTOS LEGALES

a) Aportes Previsionales; Se debe indicar el monto cotizado en la AFP, o en la respectiva Caja de Previsión, que cotice el trabajador.

b) Cotización de Salud; Indicar el aporte total de salud correspondiente. En caso de existir cotización de salud adicional presentar FUN (Formulario Único Notificación) o Certificado de afiliación indicando adicional pactado.

c) Impuesto Único; Impuesto al que está afecto el trabajador, determinado por la resultante de la tabla de cálculo de impuestos del mes correspondiente, aplicada sobre el monto impondible menos los descuentos previsionales.

6. TOTAL REMUNERACIÓN NETA

Resultado obtenido de la diferencia entre el Monto Impondible, menos los descuentos legales.

7. AFP O CAJA PREVISIÓN

Anotar el nombre de la AFP, o ex Caja de Previsión a la cual esté afiliado el trabajador e indicar si cotiza o no, para el Seguro de Invalidez y sobrevivencia.

8. FONASA O ISAPRE

Si el trabajador está afiliado a Fonasa, indicar con la afirmación SI, sobre la línea. Si el trabajador está afiliado a Isapre, indicar sobre la línea la palabra NO, e indicar en la línea siguiente el nombre de la Isapre a la cual está afiliado. En caso de que el trabajador haya pactado un aporte adicional con su Isapre, indicar en la línea siguiente, la cotización pactada, (7%, Plan en UF, Plan en \$, etc.)

9. FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA

Informar en ésta línea la fecha de ingreso del trabajador a la empresa, como asimismo en la línea siguiente, indicar si el contrato está vigente o No (SI - NO).

10. RETENCIÓN JUDICIAL

Si el trabajador está afecto a éste tipo de retenciones, adjuntar la Resolución del tribunal que corresponda.

11. NOMBRE DEL HABILITADO

Anotar, nombre, cargo, y teléfono, de la persona autorizada para emitir el documento, en el cual se debe estampar el timbre de la empresa.

12. SEGURO DE CESANTÍA

Si el trabajador esta afecto al descuento de 0,6%, del Seguro de desempleo según ley 19.728.-