|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| OPS Nº |  | Nombre y Apellido |  |
| 1. Estampilla Pro Cultura (0,8%)
 | ☐ |
| 1. Estampilla Pro Hospital (2%)
 | ☐ |
| 1. Rut Actualizado
 | ☐ |
| 1. Pago De Cotización De Salud Y Pensión (40% Independiente)
 | ☐ |
| 1. Constancia de Satisfacción (Constancia de Cumplimiento (compras, suministros, arriendos y prestación de servicios)
 | ☐ |
| 1. Certificación de empleado (Declarante o No Declarante)
 | ☐ |
| 1. Autorización Transferencia Bancaria
 | ☐ |
| 1. Cuenta de Cobro
 | ☐ |
| 1. Factura
 | ☐ |
| 1. Cámara de Comercio
 | ☐ |
| 1. Certificado de Pago Seguridad Social y Parafiscales. Firma Representante Legal/Revisor Fiscal (últimos 6 meses)
 | ☐ |
| 1. Autorización de Descuento de Estampillas
 | ☐ |
| 1. Póliza de Garantía (Si Aplica)
 | ☐ |
|  **OBSERVACIONES**1. Los Ítems 1 a 7 Aplica por Concepto De Honorarios o Servicios Profesionales.
2. Para Personas Naturales que Presten otros Servicios Aplican los Ítems 1 a4, 5, 7, 8, y 10.
3. Si la Persona Natural que presta el servicio está obligada a facturar aplica los Ítems 1 a 4, 5, 7, 9 y 10 (Ver Rut).
4. Para Personas Jurídicas aplica los Ítems 1 a 3, 5, 7 y 9 a 11.
5. El Ítem 12 aplica para Personas Naturales o Jurídicas que residan en otras ciudades.
6. El Ítem 4 debe corresponder al mes en que se prestó el servicio por concepto de honorarios o servicios profesionales y la cotización se realiza como independiente (40% de la orden 28,5%).

|  |  |
| --- | --- |
| Liquidación CXP |  Recibido:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  Hora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
|  Firma Verificación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
|  Vo. Bo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 |