|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |