

**ANEXO 3: FORMULARIO COTIZACIÓN O APOORTE AL
RÉGIMEN DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS**

La Araucana
SOLUCIONES SOCIALES

FECHA:

NOMBRE EMPRESA:

R.U.T. EMPRESA:

PERIODICIDAD APOORTE: Aporte: Mensual (M) Anual (A) Extraordinario (E)

N°	R.U.T.	Beneficiario	Period. Aporte	Monto Aporte \$ (A)	Gasto Administración \$ (B)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

TOTALES	\$ -	\$ -
----------------	------	------

Documentos	N° 1	N° 2
Banco	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N°	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Valor	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Total A + B	\$ -
--------------------	------

Fecha y Timbre Empresa

Timbre Recaudación