|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | letrasca_0  **LIQUIDACIÓN MENSUAL DE APORTES** | **FORM. COT – 01**  **N° 0000001** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Administración: …………………………………. Fecha de emisión:

Nombre o Razón Social de la Empresa: ……………………………………………………………………………

Domicilio Legal de la Empresa: ……………………..………………… Telf: …………...……………………..….

N.I.T.: ……………………………….…………… e-mail: ……….………………………………………..………….

Nº del Empleador: …………….………………….. Nº Matrícula: (Sólo para A.V.) …………….…………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DECLARACIÓN DEL APORTANTE** | | | | |
| **Nº de Trabajadores** | **Mes y Año de la Planilla** | **Salario Cotizable Bs** | **Tasa %** | **Cotización Bs** (\*) |
|  |  |  |  |  |
| **DECLARACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL** | | | | |
|  | 1. Enfermedad 75% | | |  |
|  | 1. Maternidad 90% | | |  |
|  | 1. Riesgo Profesional 75% | | |  |
|  | 1. Enfermedad Profesional 75% | | |  |
|  | 1. Otros | | |  |
|  | 1. Total deducciones (a+b+c+d) | | |  |
|  | 1. Saldo Acumulado deducciones (mes anterior) | | |  |
|  | **TOTAL A PAGAR**(\*) | | |  |

***Juro la exactitud de los datos consignados en el presente formulario.***

**NOTA:** *Todos los* Empleadores están obligados a comunicar a la Caja Petrolera de Salud todos los cambios relativos: Cambio de Razón Social, cambio de Representante Legal, Domicilio legal o centro de trabajo o suspensión de actividades temporal o definitiva, mediante el Formulario Aviso de Novedades del Empleador, caso contrario serán pasibles a las sanciones correspondientes.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ……………………………  Nombre, Firma y Sello del Representante Legal o autorizada | ……………………………  Sello de la Empresa | ……………………………  Firma y Sello del Funcionario Liquidador |