|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DECLARACIÓN DEL EMPLEADOR** | | | | |
| **NOMBRE O RAZÓN SOCIAL** | |  | | |
| **DOMICILIO LEGAL DE LA EMPRESA** | |  | | |
| **N° DEL EMPLEADOR** | |  | **NIT** |  |
| **CORREO INSTITUCIONAL** | |  | **TELEFONO O CELULAR** |  |
|  | | | | |
| **MES Y AÑO DE LA PLANILLA** | **N° DE TRAB.** | **TOTAL SALARIOS** | **TASA %** | **COTIZACIÓN** |
|  |  |  |  |  |
| **TOTAL IMPORTE** | | | |  |
|  |  |  |  | |
| **NOMBRE DEL REP LEGAL** | **N° CARNET** | **FIRMA** | **SELLO DE LA EMPRESA** | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***LIQUIDACIÓN DE COTIZACIONES CBES*** | | | | ***N°*** |
| **MES Y AÑO DE LA PLANILLA** | **N° DE TRAB.** | **TOTAL SALARIOS** | **TASA %** | **COTIZACIÓN** |
| {d.planilla.empresa} |  |  |  |  |
|  |  |  | **TOTAL IMPORTE** |  |
| **MULTAS** |  | | | **{d.planilla.total\_multas} BOB** |
| **INTERESES** |  | | | **{d.planilla.total\_tasa\_interes} BOB** |
| **OTROS** | **APORTES 5 % AL MINISTERIO DE SALUD** | | | **{d.planilla.total\_aportes\_min\_salud} BOB** |
| **OTROS** | **FORM DS-08** | | | **5,00 BOB** |
| **SALDO A FAVOR** |  | | |  |
| **TOTAL A CANCELAR** | | | | **{d.planilla.total\_a\_cancelar} BOB** |
| **OBSERVACION** |  | | | |
|  | | | | |
|  |  | |  | |
| **LIQUIDADO POR** | **FIRMA Y SELLO FIRMA** | | **LUGAR Y FECHA** | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***MONTO RECIBIDO EN CAJA*** | | | |
| **LOS DATOS CONSIGNADOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO SE CONSIDERAN COMO DECLARACION JURADA POR PARTE DEL EMPLEADOR** | **ESTE DOCUMENTO TIENE VALOR UNICAMENTE SI LLEVA LA FIRMA, ACLARACION DE FIRMA Y SELLO DE LA UNIDAD DE CAJA** | **EFECTIVO** |  |
| **CHEQUE N°** |  |
| **DEPOSITO O TRANFERENCIA** |  |
| **TOTAL** |  |
|  |  | |  |
| **LIQUIDADO POR** | **FIRMA Y SELLO** | | **LUGAR Y FECHA** |