IPS INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL — Personas al Servicio de las Personas

DECLARACIÓN JURADA DE INGRESOS PARA ACTUALIZACIÓN DEL VALOR DE LA ASIGNACIÓN FAMILIAR

Yo, _____ _____ _____ __.___.___-__

APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | RUN

en mi condición de **trabajador** / **pensionado** (tarjar lo que no corresponda) de:

_____ __.___.___-__

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR / ENTIDAD PAGADORA DE PENSIONES | RUT

DECLARO: FONO EMPLEADOR _____

(Elija la aternativa **a) ó b)**, según corresponda a su situación)

a) NO HABER PERCIBIDO OTROS INGRESOS durante el período enero a junio de 20_____ , adicionales a las **remuneraciones/pensiones** que percibí de mi **Empleador/Entidad de Previsión,** antes señalado (tarjar lo que no corresponda).

FECHA DE LA DECLARACIÓN		
DIA	MES	AÑO

_____
FIRMA DEL TRABAJADOR O PENSIONADO

b) HABER PERCIBIDO MÁS DE UN INGRESO, conforme al siguiente detalle:

AÑO EN CURSO 20 **MESES**	a) REMUNERACIÓN CON MISMO **$**	b) OTRAS REMUNERACIONES **$**	c) RENTA TRABAJADOR INDEPENDIENTE **$**	d) SUBSIDIOS **$**	e) PENSIONES MISMA ENTIDAD **$**	f) OTRAS PENSIONES **$**	g) **TOTAL INGRESOS** (a + b + c + d + e + f) **$**
Enero							
Febrero							
Marzo							
Abril							
Mayo							
Junio							
TOTAL $							

Los trabajadores contratados por obras, faenas o plazos fijos no superiores a seis meses deberán adicionalmente declarar los ingresos percibidos en el segundo semestre del año anterior:

AÑO ANTERIOR **MESES**	a) REMUNERACIÓN CON MISMO **$**	b) OTRAS REMUNERACIONES **$**	c) RENTA TRABAJADOR INDEPENDIENTE **$**	d) SUBSIDIOS **$**	e) PENSIONES MISMA ENTIDAD **$**	f) OTRAS PENSIONES **$**	g) **TOTAL INGRESOS** (a + b + c + d + e + f) **$**
Julio							
Agosto							
Septiembre							
Octubre							
Noviembre							
Diciembre							
TOTAL $							

FECHA DE LA DECLARACIÓN		
DIA	MES	AÑO

_____
FIRMA DEL TRABAJADOR O PENSIONADO

USO EXCLUSIVO DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA

INGRESO PROMEDIO	TRAMO ASIGNACIÓN FAMILIAR	VALOR UNITARIO DE ASIGNACIÓN FAMILIAR SIMPLE SEGÚN TRAMO ($)

USO EXCLUSIVO ENTIDAD ADMINISTRADORA

FECHA DE PROCESAMIENTO EN EL SIAGF

DIA	MES	AÑO

_____
V°B°

_____
FIRMA Y TIMBRE DE RECEPCIÓN DE LA ENTIDAD