

ANEXO N°1

INFORME DE REMUNERACIONES Y/O SUBSIDIOS CORRESPONDIENTES A LOS 24 MESES

ANTERIORES AL MES DE INICIO DEL EMBARAZO

Nombre beneficiaria: _____

R.U.T.: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Institución Previsional	Mes al que corresponden remuneraciones			Remuneraciones imponibles para pensiones y salud	Subsidio por incapacidad laboral	
	Mes	Año	Nº de días		Monto	Nº de días

Firma de la beneficiaria

Uso exclusivo de la COMPIN (para indicar los antecedentes acompañados por la beneficiaria).

- Certificado de cotizaciones

SI ☐

NO ☐
- Licencia médica prenatal o postnatal en su caso

SI ☐

NO ☐
- Último contrato de trabajo y/o finiquito

SI ☐

NO ☐

Firma funcionario responsable y timbre
Fecha, (Ciudad), (día) de (mes) de (año).