SÓLO PARA USO CONTRIBUYENTES DE PRIMERA CATEGORÍA

**LEY DE IMPUESTOS A LA RENTA (\*)**

**FORMULARIO ÚNICO DE COMUNICACIÓN, RECTIFICACIÓN**

# Y LIQUIDACIÓN DE ACTIVIDAD DE CAPACITACIÓN

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Nº Registro (SENCE)** |

1. DATOS DE EMPRESA CONTRIBUYENTE BENEFICIARIA QUE PRESENTA LA COMUNICACIÓN

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | R.U.T. | | 2 | CÓD. ACTIVIDAD ECONÓMICA | 3 | Nº TRABAJADORES | | | 4 | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | | | | | |
|  | |  |  |  | | |  | | | | | |
| 5 | DIRECCIÓN COMPLETA | | | | | | | | | | | | | | |
| INDICAR TIPO | DIRECCIÓN | | | | | | | | | | | | | NÚMERO |
|  |  | | | | | | | | | | | | |  |
| NOMBRE VILLA O POBLACIÓN | | NÚMERO OFICINA | | | | 5 | CIUDAD | | | | | 6 | COMUNA | |
|  | |  | | | |  | | | | |  | |
| 7 | TELÉFONO 1 | | 8 | TELÉFONO 2 | | | | | | | 9 | FAX | 10 | E-MAIL | |
| 456 | |  | | | | | | |  |  | |

**INSTRUCCIONES:**

|  |  |
| --- | --- |
| CAMPO | ANOTAR |
| 4 | En "Indicar Tipo" señalar según corresponda: (Avenida: AV), (Calle: C), (Pasaje: P) o (Camino: CA) |
| 7, 8, 9 y 10 | Consignar el dato que permita ubicar al responsable de la empresa beneficiaria ante el SENCE, el cual firma este documento. Campos obligatorios. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. CÓD. VÍA ACTIVIDAD A REALIZAR | | |
| 11 |  | Código de Actividad a Realizar: (1 = Franquicia Contratado), (2 = Franquicia Precontratado), (3 = Franquicia Postcontratado), (5 = Franquicia C.F.T.). |
|  |

1. DATOS DEL CURSO O MÓDULO CFT

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 12 | CÓDIGO DEL CURSO O MÓDULO C.F.T. | 13 | FECHA INICIO | | | | | | 14 | FECHA TÉRMINO | | | | | |
|  | D | D | M | M | A | A | D | D | M | M | A | A |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 15 | DIRECCIÓN DE EJECUCIÓN DEL CURSO O SEDE C.F.T. | | | | | | | |
| INDICAR TIPO | DIRECCIÓN | | | | | | NÚMERO |
|  |  | | | | | |  |
| NOMBRE VILLA O POBLACIÓN | | NÚMERO OFICINA | 16 | CIUDAD | 17 | COMUNA | |
|  | |  |  |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 18 | HORARIO DE CLASES (Sólo cursos con actividades presenciales) | | | | | | | | | | | | | |
| **LUNES** | | **MARTES** | | **MIÉRCOLES** | | **JUEVES** | | **VIERNES** | | **SÁBADO** | | **DOMINGO** | |
| DESDE | HASTA | DESDE | HASTA | DESDE | HASTA | DESDE | HASTA | DESDE | HASTA | DESDE | HASTA | DESDE | HASTA |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. COMITÉ BIPARTITO | | |  | 1. DETECCIÓN DE NECESIDADES | | |
| 19 | CON ACUERDO |  |  | 20 | FORMA PARTE |  |

1. VALORES Y HORAS Uso exclusivo SENCE

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 21 | VALOR TOTAL DEL CURSO (PESOS) | 22 | Nº DE HORAS | 23 | VALOR HORA EFECTIVO POR PARTICIPANTE | 24 | VALOR TOTAL VIÁTICO Y TRASLADO ( PESOS) |
|  |  |  |  |  |

1. DOCUMENTOS DE RESPALDO PARA LIQUIDAR Uso exclusivo SENCE

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 25 | N° FACTURA | 26 | FECHA PAGO DE FACTURA | | |  | 31 | VALOR DE LA FRANQUICIA SOLICITADA EN LA COMUNICACIÓN |
|  |  |  |  |  |  |
| 27 | N° BOLETA DE HONORARIOS | 28 | FECHA PAGO BOLETA | | |  | 32 | VALOR DE LA FRANQUICIA AUTORIZADA (LIQUIDACIÓN PARCIAL) |
|  |  |  |  |  |  |
| 29 | N° IDENTIFICACIÓN LIQUIDACIÓN DE SUELDO | 30 | MES LIQUIDACIÓN | | |  | 33 | VALOR DE LA FRANQUICIA AUTORIZADA COMPLEMENTARIA O TOTAL |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 34 | VALOR VIÁTICO Y TRASLADO SOLICITADO EN COMUNICACIÓN |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 35 | VALOR VIÁTICO Y TRASLADO AUTORIZADO EN LA LIQUIDACIÓN. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

1. JUSTIFICACIÓN DE LOS VIÁTICOS Y TRASLADOS Y/U OBSERVACIONES

|  |
| --- |
|  |

(EL FORMULARIO CONTINÚA AL REVERSO)

Comunicar inicio presentando este formulario hasta un día hábil previo al inicio del curso.

Liquidar dentro del plazo de 60 días corridos a partir de la fecha de finalización de la acción de capacitación. En caso de cursos que comiencen en un año y continúen en el siguiente, se deberá hacer una liquidación parcial de las horas autorizadas a los 60 días corridos de finalizado el año y posteriormente una liquidación complementaria.

Plazo para liquidación parcial: 60 días corridos a contar del último día de ejecución del curso, según programación comunicada.

Plazo para liquidación complementaria o total: 60 días corridos a contar de la fecha de finalización de la acción de capacitación.

Presentar en triplicado.

(\*) = Todo contribuyente de primera categoría con EXCEPCIÓN de aquellos cuyas rentas provengan únicamente de las letras c) y d) del número 2º del artículo 20 de la citada ley, es decir, los siguientes capitales mobiliarios:

* Dividendos y demás beneficios derivados del dominio, posesión o tenencia a cualquier título de acciones de sociedades anónimas extranjeras, que no desarrollen actividades en el país, percibidos por personas domiciliadas o residentes en Chile (Art. 20 Nº 2, letra c) de la Ley de la Renta).
* Intereses de depósitos en dinero, ya sea, a la vista o a plazo (Art. 20 Nº 2, letra d) de la Ley de la Renta).El plazo para liquidar la parcialidad del curso vence el: \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El plazo para liquidar la parte complementaria o el total del curso vence el: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_