



# TRANSPORTE

## RESPONSABILIDAD CIVIL DEL TRANSPORTISTA DECLARACIÓN ANUAL DE FLETES

Complete este formulario marcando lo que corresponda

Fecha

Nombre \_\_\_\_\_ Póliza N° \_\_\_\_\_

RUT \_\_\_\_\_

Período a declarar desde  hasta

Total facturación por concepto de fletes sin IVA\* \$ \_\_\_\_\_

USD \_\_\_\_\_

\*No considerado:

- 1) Facturas no correspondientes a fletes.
- 2) Facturas anuladas.

Total de pagos realizados por concepto de fletes cedidos sin IVA \$ \_\_\_\_\_

USD \_\_\_\_\_

Firma del Contador \_\_\_\_\_ Aclaración firma \_\_\_\_\_

C.I. \_\_\_\_\_

Timbre Profesional