

Informe principal

DECLARACION DE LA EMPRESA
DETERMINACION DE LA BASE DE CALCULO
SUBSIDIO DE INCAPACIDAD LABORAL
FUNCIONARIOS SECTOR PUBLICO AFECTOS A LEY Nº 18,883

NOMBRE DEL FUNCIONARIO : DAYANA REYES RIVERA RUT : 14198939-1
 LICENCIA Nº : 129602288 DEL : 16-07-2026 AL : 20-07-2026 Nº DIAS 5
 INSTITUCION PREVISIONAL : PROVIDA Nº DIAS PAGO 2
 INSTITUCION SALUD: FONASA

I	DETALLE DE REMUNERACION	TOTAL		
		MES / AÑO	MES / AÑO	MES / AÑO
		6/2026	5/2026	4/2026
	NUMERO DE DIAS TRABAJADOS			
	1) RENTA IMPONIBLE PREVISIONAL (A.F.P. O CAJA PREVISIONAL)	1,859,152	1,221,503	1,843,492
	- RENTA IMPON. SALUD TRIBUTABLE LEY Nro. 18.566 Y Nro. 18.675	0	0	0
	2) - RENTA IMPON. SALUD NO TRIBUTABLE LEY Nro. 18.566	0	0	0
	TOTAL REMUNERACIONES (1 - 2)	1,859,152	1,221,503	1,843,492
II	3) PORCENTAJE AFP	11.45 %	11.45 %	11.45 %
	COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA PREVISIONAL	212,873	139,862	211,080
	4) PORCENTAJE DESAHUCIO	0.00 %	0.00 %	0.00 %
	DESAHUCIO			
	5) PLAN PACTADO SALUD	1.000 %	7.000 %	7.000 %
	SALUD	130,141	85,505	129,044
	TOTAL DESCUENTOS (3+4+5)	343,014	225,367	340,124
III	IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74	34,412	5,728	26,395
TOTAL REMUNERACIONES NETAS (I - II - III)		1,481,726	990,408	1,476,973

DETERMINACION BASE DE CALCULO		VALOR SUBSIDIO DIARIO		
PROMEDIO REMUNERACION NETA :	1,316,369	VALOR DIARIO	PREVISION	SALUD
(ART. 8vo. DEL D.F.L. Nº 44/73)		43,879	35,479	21,690
SUBSIDIO		87,758		
TOTAL		144,927		

FIRMA DEL EMPLEADOR

FECHA

