

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 : SALOMON DIAZ ARANEDA RUT : 16987185-K
 LICENCIA Nº : 129645513 DEL : 20-07-2026 AL : 25-07-2026 Nº DIAS 6
 INSTITUCION PREVISIONAL : HABITAT Nº DIAS PAGO 3
 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)	1,268,332	938,855	1,251,235
	- 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)	1,268,332	938,855	1,251,235
II	3) PORCENTAJE AFP	11.27 %	11.27 %	11.27 %
	COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA PREVISIONAL	142,941	105,809	141,014
	4) PORCENTAJE DESAHUCIO	0.00 %	0.00 %	0.00 %
	DESAHUCIO			
	5) PLAN PACTADO SALUD	1.000 %	7.000 %	7.000 %
	SALUD	88,783	65,720	87,586
	TOTAL DESCUENTOS (3+4+5)	231,724	171,529	228,600
III	IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74	9,773	0	12,929
TOTAL REMUNERACIONES NETAS (I - II - III)		1,026,835	767,326	1,009,706

DETERMINACION BASE DE CALCULO

PROMEDIO REMUNERACION NETA :

(ART. 8vo. DEL D.F.L. Nº 44/73)

VALOR SUBSIDIO DIARIO

934,622

VALOR DIARIO

PREVISION

SALUD

31,154

28,588

17,757

SUBSIDIO

93,462

TOTAL

139,807

FIRMA DEL EMPLEADOR

FECHA

