

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 : CAMILA LIHEGELITTE HERNANDEZ CUBILLOS RUT : 19442441-8
 LICENCIA Nº : 129745131 DEL : 28-07-2026 AL : 29-07-2026 Nº DIAS 2
 INSTITUCION PREVISIONAL : MODELO Nº DIAS PAGO 0
 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)	1,781,058	1,050,635	1,766,348
	- 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)	1,781,058	1,050,635	1,766,348
II	3) PORCENTAJE AFP	10.58 %	10.58 %	10.58 %
	COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA PREVISIONAL	188,436	111,157	186,879
	4) PORCENTAJE DESAHUCIO	0.00 %	0.00 %	0.00 %
	DESAHUCIO			
	5) PLAN PACTADO SALUD	1.000 %	7.000 %	7.000 %
	SALUD	124,674	73,544	123,644
	TOTAL DESCUENTOS (3+4+5)	313,110	184,701	310,523
III	IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74	20,105	0	20,493
TOTAL REMUNERACIONES NETAS (I - II - III)		1,447,843	865,934	1,435,332

DETERMINACION BASE DE CALCULO

PROMEDIO REMUNERACION NETA :

(ART. 8vo. DEL D.F.L. Nº 44/73)

VALOR SUBSIDIO DIARIO

1,249,703

VALOR DIARIO

PREVISION

SALUD

41,657

12,562

8,312

SUBSIDIO

0

TOTAL

20,874

FIRMA DEL EMPLEADOR

FECHA

