**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 : | MARIA FERNANDA ARANCIBIA PORMA | | | RUT : | 19281108-2 | | |
| LICENCIA Nº : | 129941354 | DEL : | 11-08-2026 | AL : | 14-08-2026 | Nº DIAS | 4 |
| INSTITUCION PREVISIONAL : | PROVIDA | | | | | Nº DIAS PAGO | 1 |
| INSTITUCION SALUD: | FONASA | | | | | | |

| I | DETALLE DE REMUNERACION | MES / AÑO 7/2026 | MES / AÑO 6/2026 | MES / AÑO 5/2026 (TOTAL) |
|---|---|---|---|---|
| | **NUMERO DE DIAS TRABAJADOS** | | | |
| | **1) RENTA IMPONIBLE PREVISIONAL (A.F.P. O CAJA PREVISIONAL)** | 1,799,860 | 3,104,157 | 1,775,794 |
| | **- 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)** | **1,799,860** | **3,104,157** | **1,775,794** |

| II | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **3) PORCENTAJE AFP** | 11.45 % | 11.45 % | 11.45 % |
| | **COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA PREVISIONAL** | 206,084 | 355,426 | 203,328 |
| | **4) PORCENTAJE DESAHUCIO** | 0.00 % | 0.00 % | 0.00 % |
| | **DESAHUCIO** | | | |
| | **5) PLAN PACTADO SALUD** | 7.000 % | 1.000 % | 7.000 % |
| | **SALUD** | 125,990 | 217,291 | 124,306 |
| | **TOTAL DESCUENTOS (3+4+5)** | **332,074** | **572,717** | **327,634** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **III** | **IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74** | 20,021 | 82,426 | 19,809 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **TOTAL REMUNERACIONES NETAS (I - II - III)** | **1,447,765** | **2,449,014** | **1,428,351** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| DETERMINACION BASE DE CALCULO | | **VALOR SUBSIDIO DIARIO** | | |
| PROMEDIO REMUNERACION NETA : | 1,775,043 | VALOR DIARIO | PREVISION | SALUD |
| (ART. 8vo. DEL D.F.L. Nº 44/73) | | **59,168** | **27,478** | **16,799** |
| | **SUBSIDIO** | | | **59,168** |
| | **TOTAL** | | | **103,445** |

**FIRMA DEL EMPLEADOR** **FECHA**