

**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 :      JOBITA ALEJANDRA ORELLANA SOLIS      RUT :      11879590-3  
 LICENCIA Nº :      129944500      DEL :      10-08-2026      AL :      20-08-2026      Nº DIAS      11  
 INSTITUCION PREVISIONAL :      PROVIDA      Nº DIAS PAGO      11  
 INSTITUCION SALUD:      FONASA

| I                                         | DETALLE DE REMUNERACION                                       | TOTAL     |           |           |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|
|                                           |                                                               | MES / AÑO | MES / AÑO | MES / AÑO |
|                                           |                                                               | 7/2026    | 6/2026    | 5/2026    |
|                                           | NUMERO DE DIAS TRABAJADOS                                     |           |           |           |
|                                           | 1) RENTA IMPONIBLE PREVISIONAL (A.F.P. O CAJA PREVISIONAL)    | 1,659,185 | 2,645,882 | 1,636,999 |
|                                           | - 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)                                  | 1,659,185 | 2,645,882 | 1,636,999 |
| II                                        | 3) PORCENTAJE AFP                                             | 11.45 %   | 11.45 %   | 11.45 %   |
|                                           | COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA PREVISIONAL          | 189,977   | 302,954   | 187,436   |
|                                           | 4) PORCENTAJE DESAHUCIO                                       | 0.00 %    | 0.00 %    | 0.00 %    |
|                                           | DESAHUCIO                                                     |           |           |           |
|                                           | 5) PLAN PACTADO SALUD                                         | 7.000 %   | 1.000 %   | 7.000 %   |
|                                           | SALUD                                                         | 116,143   | 185,212   | 114,590   |
|                                           | TOTAL DESCUENTOS (3+4+5)                                      | 306,120   | 488,166   | 302,026   |
| III                                       | IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74                               | 26,728    | 62,312    | 28,494    |
| TOTAL REMUNERACIONES NETAS (I - II - III) |                                                               | 1,326,337 | 2,095,404 | 1,306,479 |

|                                 |           |                       |           |        |
|---------------------------------|-----------|-----------------------|-----------|--------|
| DETERMINACION BASE DE CALCULO   |           | VALOR SUBSIDIO DIARIO |           |        |
| PROMEDIO REMUNERACION NETA :    | 1,576,073 | VALOR DIARIO          | PREVISION | SALUD  |
| (ART. 8vo. DEL D.F.L. Nº 44/73) |           | 52,536                | 69,658    | 42,586 |
| SUBSIDIO                        |           | 577,894               |           |        |
| TOTAL                           |           | 690,138               |           |        |

FIRMA DEL EMPLEADOR

FECHA

