

**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 : ALEJANDRA ARANDA GAJARDO RUT : 11167884-7  
 LICENCIA Nº : 129977386 DEL : 13-08-2026 AL : 19-08-2026 Nº DIAS 7  
 INSTITUCION PREVISIONAL : MODELO Nº DIAS PAGO 4  
 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)    | 1,330,273 | 2,060,965 | 1,352,633 |
|                                           | - 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)                                  | 1,330,273 | 2,060,965 | 1,352,633 |
| II                                        | 3) PORCENTAJE AFP                                             | 10.58 %   | 10.58 %   | 10.58 %   |
|                                           | COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA PREVISIONAL          | 140,743   | 218,050   | 143,109   |
|                                           | 4) PORCENTAJE DESAHUCIO                                       | 0.00 %    | 0.00 %    | 0.00 %    |
|                                           | DESAHUCIO                                                     |           |           |           |
|                                           | 5) PLAN PACTADO SALUD                                         | 7.000 %   | 1.000 %   | 7.000 %   |
|                                           | SALUD                                                         | 93,119    | 144,268   | 94,684    |
|                                           | TOTAL DESCUENTOS (3+4+5)                                      | 233,862   | 362,318   | 237,793   |
| III                                       | IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74                               | 5,166     | 29,333    | 6,476     |
| TOTAL REMUNERACIONES NETAS (I - II - III) |                                                               | 1,091,245 | 1,669,314 | 1,108,364 |

DETERMINACION BASE DE CALCULO

PROMEDIO REMUNERACION NETA :

(ART. 8vo. DEL D.F.L. Nº 44/73)

**VALOR SUBSIDIO DIARIO**

VALOR DIARIO

PREVISION

SALUD

**42,988**
**32,840**
**21,728**
**SUBSIDIO**
**171,952**
**TOTAL**
**226,520**

FIRMA DEL EMPLEADOR

FECHA

