

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 : KATHERINE SOLEDAD ROCHA TORRES RUT : 15786135-2
 LICENCIA Nº : 129981865 DEL : 13-08-2026 AL : 15-08-2026 Nº DIAS 3
 INSTITUCION PREVISIONAL : PROVIDA Nº DIAS PAGO 0
 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)	1,237,163	1,982,986	1,221,503
	- 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)	1,237,163	1,982,986	1,221,503
II	3) PORCENTAJE AFP	11.45 %	11.45 %	11.45 %
	COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA PREVISIONAL	141,655	227,052	139,862
	4) PORCENTAJE DESAHUCIO	0.00 %	0.00 %	0.00 %
	DESAHUCIO			
	5) PLAN PACTADO SALUD	7.000 %	1.000 %	7.000 %
	SALUD	86,601	138,809	85,505
	TOTAL DESCUENTOS (3+4+5)	228,256	365,861	225,367
III	IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74	5,666	33,563	9,171
TOTAL REMUNERACIONES NETAS (I - II - III)		1,003,241	1,583,562	986,965

DETERMINACION BASE DE CALCULO	VALOR SUBSIDIO DIARIO		
PROMEDIO REMUNERACION NETA :	1,191,256	VALOR DIARIO	PREVISION
(ART. 8vo. DEL D.F.L. Nº 44/73)		39,709	14,166
	SUBSIDIO		0
	TOTAL		22,826

FIRMA DEL EMPLEADOR

FECHA

