

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 : SHILEM NICOLE CARIS QUIERO RUT : 18608935-9
 LICENCIA Nº : 130035597 DEL : 17-08-2026 AL : 21-08-2026 Nº DIAS 5
 INSTITUCION PREVISIONAL : MODELO Nº DIAS PAGO 2
 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)	1,134,263	1,651,987	1,082,675
	- 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)	1,134,263	1,651,987	1,082,675
II	3) PORCENTAJE AFP	10.58 %	10.58 %	10.58 %
	COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA PREVISIONAL	120,005	174,780	114,547
	4) PORCENTAJE DESAHUCIO	0.00 %	0.00 %	0.00 %
	DESAHUCIO			
	5) PLAN PACTADO SALUD	7.000 %	1.000 %	7.000 %
	SALUD	79,398	115,639	75,787
	TOTAL DESCUENTOS (3+4+5)	199,403	290,419	190,334
III	IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74	0	15,849	0
TOTAL REMUNERACIONES NETAS (I - II - III)		934,860	1,345,719	892,341

DETERMINACION BASE DE CALCULO		VALOR SUBSIDIO DIARIO		
PROMEDIO REMUNERACION NETA :	1,057,640	VALOR DIARIO	PREVISION	SALUD
(ART. 8vo. DEL D.F.L. Nº 44/73)		35,255	20,001	13,233
SUBSIDIO		70,509		
TOTAL		103,743		

FIRMA DEL EMPLEADOR

FECHA

