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 :	SLOMITHS SALOME CARIZ RIVAS			RUT :	17848963-1		
LICENCIA Nº :	130085365	DEL :	21-08-2026	AL :	19-09-2026	Nº DIAS	30
INSTITUCION PREVISIONAL :	MODELO					Nº DIAS PAGO	30
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)	987,499	1,368,651	974,231
	- 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)	**987,499**	**1,368,651**	**974,231**

II				
	3) PORCENTAJE AFP	10.58 %	10.58 %	10.58 %
	COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA PREVISIONAL	104,477	144,803	103,074
	4) PORCENTAJE DESAHUCIO	0.00 %	0.00 %	0.00 %
	DESAHUCIO			
	5) PLAN PACTADO SALUD	7.000 %	1.000 %	7.000 %
	SALUD	69,125	95,806	68,196
	TOTAL DESCUENTOS (3+4+5)	**173,602**	**240,609**	**171,270**

III	**IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74**	0	6,508	0

TOTAL REMUNERACIONES NETAS (I - II - III)	**813,897**	**1,121,534**	**802,961**

DETERMINACION BASE DE CALCULO		**VALOR SUBSIDIO DIARIO**		
PROMEDIO REMUNERACION NETA :	912,797	VALOR DIARIO	PREVISION	SALUD
(ART. 8vo. DEL D.F.L. Nº 44/73)		**30,427**	**104,477**	**69,125**
	SUBSIDIO			**912,797**
	TOTAL			**1,086,399**

FIRMA DEL EMPLEADOR **FECHA**