

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 : MOISES ROA VARGAS RUT : 12140751-5
 LICENCIA Nº : 130106687 DEL : 22-08-2026 AL : 26-08-2026 Nº DIAS 5
 INSTITUCION PREVISIONAL : PROVIDA 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)	1,129,169	1,617,954	1,147,712
	- 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)	1,129,169	1,617,954	1,147,712
II	3) PORCENTAJE AFP	11.45 %	11.45 %	11.45 %
	COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA PREVISIONAL	129,290	185,256	131,413
	4) PORCENTAJE DESAHUCIO	0.00 %	0.00 %	0.00 %
	DESAHUCIO			
	5) PLAN PACTADO SALUD	7.000 %	1.000 %	7.000 %
	SALUD	79,042	113,257	80,340
	TOTAL DESCUENTOS (3+4+5)	208,332	298,513	211,753
III	IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74	0	14,164	0
TOTAL REMUNERACIONES NETAS (I - II - III)		920,837	1,305,277	935,959

DETERMINACION BASE DE CALCULO

PROMEDIO REMUNERACION NETA :

(ART. 8vo. DEL D.F.L. Nº 44/73)

VALOR SUBSIDIO DIARIO

1,054,024

VALOR DIARIO

PREVISION

SALUD

35,134

21,548

13,174

SUBSIDIO

70,268

TOTAL

104,990

FIRMA DEL EMPLEADOR

FECHA

