

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 : ANA CRISTINA GARCIA DONOSO RUT : 15790818-9
 LICENCIA Nº : 130624987 DEL : 29-09-2026 AL : 30-09-2026 Nº DIAS 2
 INSTITUCION PREVISIONAL : MODELO Nº DIAS PAGO 0
 INSTITUCION SALUD: FONASA

I	DETALLE DE REMUNERACION	TOTAL		
		MES / AÑO	MES / AÑO	MES / AÑO
		8/2026	7/2026	6/2026
	NUMERO DE DIAS TRABAJADOS			
	1) RENTA IMPONIBLE PREVISIONAL (A.F.P. O CAJA PREVISIONAL)	987,499	987,499	1,368,651
	- 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	987,499	1,368,651
II	3) PORCENTAJE AFP	10.58 %	10.58 %	10.58 %
	COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA PREVISIONAL	104,477	104,477	144,803
	4) PORCENTAJE DESAHUCIO	0.00 %	0.00 %	0.00 %
	DESAHUCIO			
	5) PLAN PACTADO SALUD	7.000 %	7.000 %	1.000 %
	SALUD	69,125	69,125	95,806
	TOTAL DESCUENTOS (3+4+5)	173,602	173,602	240,609
III	IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74	0	0	7,244
TOTAL REMUNERACIONES NETAS (I - II - III)		813,897	813,897	1,120,798

DETERMINACION BASE DE CALCULO		VALOR SUBSIDIO DIARIO		
PROMEDIO REMUNERACION NETA :	916,197	VALOR DIARIO	PREVISION	SALUD
(ART. 8vo. DEL D.F.L. Nº 44/73)		30,540	6,965	4,608
SUBSIDIO		0		
TOTAL		11,573		

FIRMA DEL EMPLEADOR

FECHA

