

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 : CAROLINA ELVIRA JIMENEZ MENDEZ RUT : 13930906-5
 LICENCIA Nº : 130755873 DEL : 07-10-2026 AL : 21-10-2026 Nº DIAS 15
 INSTITUCION PREVISIONAL : MODELO Nº DIAS PAGO 15
 INSTITUCION SALUD: FONASA

I	DETALLE DE REMUNERACION	TOTAL		
		MES / AÑO	MES / AÑO	MES / AÑO
		9/2026	8/2026	7/2026
	NUMERO DE DIAS TRABAJADOS			
	1) RENTA IMPONIBLE PREVISIONAL (A.F.P. O CAJA PREVISIONAL)	2,582,631	1,825,936	1,825,936
	- 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)	2,582,631	1,825,936	1,825,936
II	3) PORCENTAJE AFP	10.58 %	10.58 %	10.58 %
	COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA PREVISIONAL	273,242	193,184	193,184
	4) PORCENTAJE DESAHUCIO	0.00 %	0.00 %	0.00 %
	DESAHUCIO			
	5) PLAN PACTADO SALUD	7.000 %	7.000 %	7.000 %
	SALUD	180,784	127,816	127,816
	TOTAL DESCUENTOS (3+4+5)	454,026	321,000	321,000
III	IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74	46,415	21,507	21,507
TOTAL REMUNERACIONES NETAS (I - II - III)		2,082,190	1,483,429	1,483,429

DETERMINACION BASE DE CALCULO		VALOR SUBSIDIO DIARIO		
PROMEDIO REMUNERACION NETA :	1,683,016	VALOR DIARIO	PREVISION	SALUD
(ART. 8vo. DEL D.F.L. Nº 44/73)		56,101	136,621	90,392
SUBSIDIO		841,508		
TOTAL		1,068,521		

FIRMA DEL EMPLEADOR

FECHA

