

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 : YOLANDA DEL CARMEN SAEZ MORENO RUT : 10323963-K
 LICENCIA Nº : 130845205 DEL : 15-10-2026 AL : 18-10-2026 Nº DIAS 4
 INSTITUCION PREVISIONAL : HABITAT Nº DIAS PAGO 1
 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)	2,624,689	1,867,181	1,620,239
	- 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)	2,624,689	1,867,181	1,620,239
II	3) PORCENTAJE AFP	11.27 %	11.27 %	11.27 %
	COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA PREVISIONAL	295,802	210,431	182,601
	4) PORCENTAJE DESAHUCIO	0.00 %	0.00 %	0.00 %
	DESAHUCIO			
	5) PLAN PACTADO SALUD	7.000 %	7.000 %	7.000 %
	SALUD	183,728	130,703	113,417
	TOTAL DESCUENTOS (3+4+5)	479,530	341,134	296,018
III	IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74	47,077	22,351	14,278
TOTAL REMUNERACIONES NETAS (I - II - III)		2,098,082	1,503,696	1,309,943

DETERMINACION BASE DE CALCULO		VALOR SUBSIDIO DIARIO		
PROMEDIO REMUNERACION NETA :	1,637,240	VALOR DIARIO	PREVISION	SALUD
(ART. 8vo. DEL D.F.L. Nº 44/73)		54,575	39,440	24,497
SUBSIDIO		54,575		
TOTAL		118,512		

FIRMA DEL EMPLEADOR

FECHA

