

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 : 130883156 DEL : 20-10-2026 AL : 18-11-2026 Nº DIAS 30
 INSTITUCION PREVISIONAL : MODELO Nº DIAS PAGO 30
 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)	1,368,651	987,499	987,499
	- 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)	1,368,651	987,499	987,499
II	3) PORCENTAJE AFP	10.58 %	10.58 %	10.58 %
	COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA PREVISIONAL	144,803	104,477	104,477
	4) PORCENTAJE DESAHUCIO	0.00 %	0.00 %	0.00 %
	DESAHUCIO			
	5) PLAN PACTADO SALUD	7.000 %	7.000 %	7.000 %
	SALUD	95,806	69,125	69,125
	TOTAL DESCUENTOS (3+4+5)	240,609	173,602	173,602
III	IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74	6,392	0	0
TOTAL REMUNERACIONES NETAS (I - II - III)		1,121,650	813,897	813,897

DETERMINACION BASE DE CALCULO

PROMEDIO REMUNERACION NETA :

(ART. 8vo. DEL D.F.L. Nº 44/73)

VALOR SUBSIDIO DIARIO

	VALOR DIARIO	PREVISION	SALUD
	916,481		
	30,549	144,803	95,806
SUBSIDIO			916,481
TOTAL			1,157,090

FIRMA DEL EMPLEADOR

FECHA

