

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 MARIA SEPULVEDA LABRAÑA RUT : 11057983-7
 LICENCIA Nº : 130886305 DEL : 20-10-2026 AL : 21-10-2026 Nº DIAS 2
 INSTITUCION PREVISIONAL : PROVIDA Nº DIAS PAGO 0
 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)	1,730,544	1,276,499	1,207,155
	- 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)	1,730,544	1,276,499	1,207,155
II	3) PORCENTAJE AFP	11.45 %	11.45 %	11.45 %
	COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA PREVISIONAL	198,147	146,159	138,219
	4) PORCENTAJE DESAHUCIO	0.00 %	0.00 %	0.00 %
	DESAHUCIO			
	5) PLAN PACTADO SALUD	7.000 %	7.000 %	7.000 %
	SALUD	121,138	89,355	84,501
	TOTAL DESCUENTOS (3+4+5)	319,285	235,514	222,720
III	IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74	19,210	4,438	687
TOTAL REMUNERACIONES NETAS (I - II - III)		1,392,049	1,036,547	983,748

DETERMINACION BASE DE CALCULO

PROMEDIO REMUNERACION NETA :

(ART. 8vo. DEL D.F.L. Nº 44/73)

VALOR SUBSIDIO DIARIO

1,137,448

VALOR DIARIO

PREVISION

SALUD

37,915

13,210

8,076

SUBSIDIO

0

TOTAL

21,286

FIRMA DEL EMPLEADOR

FECHA

