

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 : ALONDRA ESTEFANIA GUTIERREZ SALINAS RUT : 20362508-1
 LICENCIA Nº : 130894452 DEL : 19-10-2026 AL : 25-10-2026 Nº DIAS 7
 INSTITUCION PREVISIONAL : MODELO Nº DIAS PAGO 4
 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)	1,420,606	1,023,948	1,023,948
	- 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)	1,420,606	1,023,948	1,023,948
II	3) PORCENTAJE AFP	10.58 %	10.58 %	10.58 %
	COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA PREVISIONAL	150,300	108,334	108,334
	4) PORCENTAJE DESAHUCIO	0.00 %	0.00 %	0.00 %
	DESAHUCIO			
	5) PLAN PACTADO SALUD	7.000 %	7.000 %	7.000 %
	SALUD	99,442	71,676	71,676
	TOTAL DESCUENTOS (3+4+5)	249,742	180,010	180,010
III	IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74	8,105	0	0
TOTAL REMUNERACIONES NETAS (I - II - III)		1,162,759	843,938	843,938

DETERMINACION BASE DE CALCULO		VALOR SUBSIDIO DIARIO		
PROMEDIO REMUNERACION NETA :	950,212	VALOR DIARIO	PREVISION	SALUD
(ART. 8vo. DEL D.F.L. Nº 44/73)		31,674	35,070	23,203
SUBSIDIO		126,695		
TOTAL		184,968		

FIRMA DEL EMPLEADOR

FECHA

