

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 : 24187399 DEL : 17-07-2026 AL : 17-07-2026 Nº DIAS 1
 INSTITUCION PREVISIONAL : HABITAT Nº DIAS PAGO 0
 INSTITUCION SALUD: FONASA

I	DETALLE DE REMUNERACION	MES / AÑO	MES / AÑO	TOTAL MES / AÑO
		6/2026	5/2026	4/2026
	NUMERO DE DIAS TRABAJADOS			
	1) RENTA IMPONIBLE PREVISIONAL (A.F.P. O CAJA PREVISIONAL)	2,624,689	1,614,954	2,571,541
	- 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	1,614,954	2,571,541
II	3) PORCENTAJE AFP	11.27 %	11.27 %	11.27 %
	COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA PREVISIONAL	295,802	182,005	289,812
	4) PORCENTAJE DESAHUCIO	0.00 %	0.00 %	0.00 %
	DESAHUCIO			
	5) PLAN PACTADO SALUD	1.000 %	7.000 %	7.000 %
	SALUD	183,728	113,047	180,008
	TOTAL DESCUENTOS (3+4+5)	479,530	295,052	469,820
III	IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74	47,193	14,679	46,531
TOTAL REMUNERACIONES NETAS (I - II - III)		2,097,966	1,305,223	2,055,190

DETERMINACION BASE DE CALCULO	VALOR SUBSIDIO DIARIO		
PROMEDIO REMUNERACION NETA :	1,819,460	VALOR DIARIO	PREVISION
(ART. 8vo. DEL D.F.L. Nº 44/73)		60,649	9,860
	SUBSIDIO		0
	TOTAL		15,984

FIRMA DEL EMPLEADOR

FECHA

