

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 : PAMELA GEMITA GALLARDO RUIZ RUT : 14395280-0
 LICENCIA Nº : 24218871 DEL : 22-07-2026 AL : 24-07-2026 Nº DIAS 3
 INSTITUCION PREVISIONAL : PROVIDA Nº DIAS PAGO 0
 INSTITUCION SALUD: FONASA

I	DETALLE DE REMUNERACION	TOTAL		
		MES / AÑO	MES / AÑO	MES / AÑO
		6/2026	5/2026	4/2026
	NUMERO DE DIAS TRABAJADOS			
	1) RENTA IMPONIBLE PREVISIONAL (A.F.P. O CAJA PREVISIONAL)	1,889,586	1,220,877	1,872,974
	- 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)	1,889,586	1,220,877	1,872,974
II	3) PORCENTAJE AFP	11.45 %	11.45 %	11.45 %
	COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA PREVISIONAL	216,358	139,790	214,455
	4) PORCENTAJE DESAHUCIO	0.00 %	0.00 %	0.00 %
	DESAHUCIO			
	5) PLAN PACTADO SALUD	1.000 %	7.000 %	7.000 %
	SALUD	132,271	85,461	131,108
	TOTAL DESCUENTOS (3+4+5)	348,629	225,251	345,563
III	IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74	23,025	3,537	23,356
TOTAL REMUNERACIONES NETAS (I - II - III)		1,517,932	992,089	1,504,055

DETERMINACION BASE DE CALCULO	VALOR SUBSIDIO DIARIO		
PROMEDIO REMUNERACION NETA :	1,338,025	VALOR DIARIO	PREVISION
(ART. 8vo. DEL D.F.L. Nº 44/73)		44,601	21,636
	SUBSIDIO		0
	TOTAL		34,863

FIRMA DEL EMPLEADOR

FECHA

