

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 : KATHERINE ESTHEFANY GALINDO CABRERA RUT : 17175786-K
 LICENCIA Nº : 24240479 DEL : 27-07-2026 AL : 29-07-2026 Nº DIAS 3
 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)	1,891,847	1,223,138	1,875,235
	- 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)	1,891,847	1,223,138	1,875,235
II	3) PORCENTAJE AFP	11.27 %	11.27 %	11.27 %
	COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA PREVISIONAL	213,211	137,848	211,339
	4) PORCENTAJE DESAHUCIO	0.00 %	0.00 %	0.00 %
	DESAHUCIO			
	5) PLAN PACTADO SALUD	1.000 %	7.000 %	7.000 %
	SALUD	132,429	85,620	131,266
	TOTAL DESCUENTOS (3+4+5)	345,640	223,468	342,605
III	IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74	24,471	2,784	23,565
TOTAL REMUNERACIONES NETAS (I - II - III)		1,521,736	996,886	1,509,065

DETERMINACION BASE DE CALCULO		VALOR SUBSIDIO DIARIO		
PROMEDIO REMUNERACION NETA :	1,342,562	VALOR DIARIO	PREVISION	SALUD
(ART. 8vo. DEL D.F.L. Nº 44/73)		44,752	21,321	13,243
SUBSIDIO		0		
TOTAL		34,564		

FIRMA DEL EMPLEADOR

FECHA

