

**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 ELIZABETH GONZALEZ GALLEGOS RUT : 13693241-1  
 LICENCIA Nº : 24250207 DEL : 27-07-2026 AL : 28-07-2026 Nº DIAS 2  
 INSTITUCION PREVISIONAL : HABITAT 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)    | 3,018,017 | 1,910,778 | 2,729,497 |
|                                           | - 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)                                  | 3,018,017 | 1,910,778 | 2,729,497 |
| II                                        | 3) PORCENTAJE AFP                                             | 11.27 %   | 11.27 %   | 11.27 %   |
|                                           | COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA PREVISIONAL          | 340,131   | 215,345   | 307,615   |
|                                           | 4) PORCENTAJE DESAHUCIO                                       | 0.00 %    | 0.00 %    | 0.00 %    |
|                                           | DESAHUCIO                                                     |           |           |           |
|                                           | 5) PLAN PACTADO SALUD                                         | 1.000 %   | 7.000 %   | 7.000 %   |
|                                           | SALUD                                                         | 211,261   | 133,754   | 191,065   |
|                                           | TOTAL DESCUENTOS (3+4+5)                                      | 551,392   | 349,099   | 498,680   |
| III                                       | IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74                               | 72,910    | 24,350    | 56,858    |
| TOTAL REMUNERACIONES NETAS (I - II - III) |                                                               | 2,393,715 | 1,537,329 | 2,173,959 |

DETERMINACION BASE DE CALCULO

PROMEDIO REMUNERACION NETA :

(ART. 8vo. DEL D.F.L. Nº 44/73)

VALOR SUBSIDIO DIARIO

2,035,001

VALOR DIARIO

PREVISION

SALUD

67,833

22,675

14,084

SUBSIDIO

0

TOTAL

36,759

FIRMA DEL EMPLEADOR

FECHA

