

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 : SCARLETTE VERENA JAIME ALLENDE RUT : 18512377-4
 LICENCIA Nº : 24258793 DEL : 25-07-2026 AL : 08-08-2026 Nº DIAS 15
 INSTITUCION PREVISIONAL : MODELO Nº DIAS PAGO 15
 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)	1,325,022	945,618	1,312,168
	- 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)	1,325,022	945,618	1,312,168
II	3) PORCENTAJE AFP	10.58 %	10.58 %	10.58 %
	COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA PREVISIONAL	140,187	100,046	138,827
	4) PORCENTAJE DESAHUCIO	0.00 %	0.00 %	0.00 %
	DESAHUCIO			
	5) PLAN PACTADO SALUD	1.000 %	7.000 %	7.000 %
	SALUD	92,752	66,193	91,852
	TOTAL DESCUENTOS (3+4+5)	232,939	166,239	230,679
III	IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74	5,070	0	5,519
TOTAL REMUNERACIONES NETAS (I - II - III)		1,087,013	779,379	1,075,970

DETERMINACION BASE DE CALCULO

PROMEDIO REMUNERACION NETA :

(ART. 8vo. DEL D.F.L. Nº 44/73)

VALOR SUBSIDIO DIARIO

VALOR DIARIO

PREVISION

SALUD

32,693
70,094
46,376
SUBSIDIO
490,394
TOTAL
606,864

FIRMA DEL EMPLEADOR

FECHA

