**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 : | RODRIGO CRISTHIAN VIZCAYA HURTADO | | | RUT : | 17773439-K | | |
| LICENCIA Nº : | 24689497 | DEL : | 30-09-2026 | AL : | 01-10-2026 | Nº DIAS | 2 |
| INSTITUCION PREVISIONAL : | MODELO | | | | | Nº DIAS PAGO | 0 |
| INSTITUCION SALUD: | BANMEDICA | | | | | | |

| I | DETALLE DE REMUNERACION | MES / AÑO 8/2026 | MES / AÑO 7/2026 | MES / AÑO 6/2026 (TOTAL) |
|---|---|---|---|---|
| | **NUMERO DE DIAS TRABAJADOS** | | | |
| | **1) RENTA IMPONIBLE PREVISIONAL (A.F.P. O CAJA PREVISIONAL)** | 2,968,410 | 2,725,707 | 3,673,828 |
| | **- 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)** | **2,968,410** | **2,725,707** | **3,673,828** |

| II | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **3) PORCENTAJE AFP** | 10.58 % | 10.58 % | 10.58 % |
| | **COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA PREVISIONAL** | 314,057 | 288,380 | 388,691 |
| | **4) PORCENTAJE DESAHUCIO** | 0.00 % | 0.00 % | 0.00 % |
| | **DESAHUCIO** | | | |
| | **5) PLAN PACTADO SALUD** | 5.550 U.F | 5.550 U.F | 1.000 U.F |
| | **SALUD** | 226,849 | 226,689 | 257,168 |
| | **TOTAL DESCUENTOS (3+4+5)** | **540,906** | **515,069** | **645,859** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **III** | **IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74** | 198,581 | 93,462 | 266,591 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **TOTAL REMUNERACIONES NETAS (I - II - III)** | **2,228,923** | **2,117,176** | **2,761,378** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| DETERMINACION BASE DE CALCULO | | **VALOR SUBSIDIO DIARIO** | | |
| PROMEDIO REMUNERACION NETA : | 2,369,159 | VALOR DIARIO | PREVISION | SALUD |
| (ART. 8vo. DEL D.F.L. Nº 44/73) | | **78,972** | **20,937** | **15,123** |
| | **SUBSIDIO** | | | **0** |
| | **TOTAL** | | | **36,060** |

**FIRMA DEL EMPLEADOR** **FECHA**