

**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 : ISABEL CRISTINA ALVARADO GOMEZ RUT : 17921767-8  
 LICENCIA Nº : 24724879 DEL : 06-10-2026 AL : 20-10-2026 Nº DIAS 15  
 INSTITUCION PREVISIONAL : CAPITAL Nº DIAS PAGO 15  
 INSTITUCION SALUD: FONASA

| I                                         | DETALLE DE REMUNERACION                                       | TOTAL     |           |           |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|
|                                           |                                                               | MES / AÑO | MES / AÑO | MES / AÑO |
|                                           |                                                               | 9/2026    | 8/2026    | 7/2026    |
|                                           | NUMERO DE DIAS TRABAJADOS                                     |           |           |           |
|                                           | 1) RENTA IMPONIBLE PREVISIONAL (A.F.P. O CAJA PREVISIONAL)    | 2,838,737 | 1,769,127 | 1,769,127 |
|                                           | - 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)                                  | 2,838,737 | 1,769,127 | 1,769,127 |
| II                                        | 3) PORCENTAJE AFP                                             | 11.44 %   | 11.44 %   | 11.44 %   |
|                                           | COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA PREVISIONAL          | 324,752   | 202,388   | 202,388   |
|                                           | 4) PORCENTAJE DESAHUCIO                                       | 0.00 %    | 0.00 %    | 0.00 %    |
|                                           | DESAHUCIO                                                     |           |           |           |
|                                           | 5) PLAN PACTADO SALUD                                         | 7.000 %   | 7.000 %   | 7.000 %   |
|                                           | SALUD                                                         | 198,712   | 123,839   | 123,839   |
|                                           | TOTAL DESCUENTOS (3+4+5)                                      | 523,464   | 326,227   | 326,227   |
| III                                       | IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74                               | 60,427    | 19,026    | 19,026    |
| TOTAL REMUNERACIONES NETAS (I - II - III) |                                                               | 2,254,846 | 1,423,874 | 1,423,874 |

|                                 |                       |              |           |           |
|---------------------------------|-----------------------|--------------|-----------|-----------|
| DETERMINACION BASE DE CALCULO   | VALOR SUBSIDIO DIARIO |              |           |           |
| PROMEDIO REMUNERACION NETA :    | 1,700,865             | VALOR DIARIO | PREVISION | SALUD     |
| (ART. 8vo. DEL D.F.L. Nº 44/73) |                       | 56,695       | 162,376   | 99,356    |
|                                 | SUBSIDIO              |              |           | 850,432   |
|                                 | TOTAL                 |              |           | 1,112,164 |

FIRMA DEL EMPLEADOR

FECHA

