**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 : | JENNIFFER RIOS MUÑOZ | | | RUT : | 14181205-K | | |
| LICENCIA Nº : | 24778102 | DEL : | 15-10-2026 | AL : | 15-10-2026 | Nº DIAS | 1 |
| INSTITUCION PREVISIONAL : | HABITAT | | | | | Nº DIAS PAGO | 0 |
| INSTITUCION SALUD: | FONASA | | | | | | |

| I | DETALLE DE REMUNERACION | MES / AÑO 9/2026 | MES / AÑO 8/2026 | MES / AÑO 7/2026 (TOTAL) |
|---|---|---|---|---|
| | **NUMERO DE DIAS TRABAJADOS** | | | |
| | **1) RENTA IMPONIBLE PREVISIONAL (A.F.P. O CAJA PREVISIONAL)** | 1,730,544 | 1,276,499 | 1,207,155 |
| | **- 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)** | **1,730,544** | **1,276,499** | **1,207,155** |

| II | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **3) PORCENTAJE AFP** | 11.27 % | 11.45 % | 11.45 % |
| | **COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA PREVISIONAL** | 195,032 | 146,159 | 138,219 |
| | **4) PORCENTAJE DESAHUCIO** | 0.00 % | 0.00 % | 0.00 % |
| | **DESAHUCIO** | | | |
| | **5) PLAN PACTADO SALUD** | 7.000 % | 7.000 % | 7.000 % |
| | **SALUD** | 121,138 | 89,355 | 84,501 |
| | **TOTAL DESCUENTOS (3+4+5)** | **316,170** | **235,514** | **222,720** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **III** | **IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74** | 17,846 | 2,949 | 687 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **TOTAL REMUNERACIONES NETAS (I - II - III)** | **1,396,528** | **1,038,036** | **983,748** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| DETERMINACION BASE DE CALCULO | | **VALOR SUBSIDIO DIARIO** | | |
| PROMEDIO REMUNERACION NETA : | 1,139,437 | VALOR DIARIO | PREVISION | SALUD |
| (ART. 8vo. DEL D.F.L. Nº 44/73) | | **37,981** | **6,501** | **4,038** |
| | **SUBSIDIO** | | | **0** |
| | **TOTAL** | | | **10,539** |

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