

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 : ENGEL DAYANNA FERNANDEZ QUIROZ RUT : 18186371-4
 LICENCIA Nº : 24813269 DEL : 20-10-2026 AL : 23-10-2026 Nº DIAS 4
 INSTITUCION PREVISIONAL : MODELO Nº DIAS PAGO 1
 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)	1,871,784	1,272,131	1,272,131
	- 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)	1,871,784	1,272,131	1,272,131
II	3) PORCENTAJE AFP	10.58 %	10.58 %	10.58 %
	COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA PREVISIONAL	198,035	134,591	134,591
	4) PORCENTAJE DESAHUCIO	0.00 %	0.00 %	0.00 %
	DESAHUCIO			
	5) PLAN PACTADO SALUD	7.000 %	7.000 %	7.000 %
	SALUD	131,025	89,049	89,049
	TOTAL DESCUENTOS (3+4+5)	329,060	223,640	223,640
III	IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74	22,980	3,249	3,249
TOTAL REMUNERACIONES NETAS (I - II - III)		1,519,744	1,045,242	1,045,242

DETERMINACION BASE DE CALCULO

PROMEDIO REMUNERACION NETA :

(ART. 8vo. DEL D.F.L. Nº 44/73)

VALOR SUBSIDIO DIARIO

VALOR DIARIO

PREVISION

SALUD

40,114
26,405
17,470
SUBSIDIO
40,114
TOTAL
83,989

FIRMA DEL EMPLEADOR

FECHA

