

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 : MARIA ANGELICA PAINENAO OLIVA RUT : 16406857-9
 LICENCIA Nº : 24815494 DEL : 19-10-2026 AL : 02-11-2026 Nº DIAS 15
 INSTITUCION PREVISIONAL : MODELO Nº DIAS PAGO 15
 INSTITUCION SALUD: FONASA

I	DETALLE DE REMUNERACION	TOTAL		
		MES / AÑO	MES / AÑO	MES / AÑO
		9/2026	8/2026	7/2026
	NUMERO DE DIAS TRABAJADOS			
	1) RENTA IMPONIBLE PREVISIONAL (A.F.P. O CAJA PREVISIONAL)	1,135,639	846,711	799,807
	- 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)	1,135,639	846,711	799,807
II	3) PORCENTAJE AFP	10.58 %	10.58 %	10.58 %
	COTIZACIONES PREVISIONALES A.F.P. O CAJA PREVISIONAL	120,151	89,582	84,620
	4) PORCENTAJE DESAHUCIO	0.00 %	0.00 %	0.00 %
	DESAHUCIO			
	5) PLAN PACTADO SALUD	7.000 %	7.000 %	7.000 %
	SALUD	79,495	59,270	55,986
	TOTAL DESCUENTOS (3+4+5)	199,646	148,852	140,606
III	IMPUESTO UNICO D.L. Nro. 824/74	0	0	0
TOTAL REMUNERACIONES NETAS (I - II - III)		935,993	697,859	659,201

DETERMINACION BASE DE CALCULO		VALOR SUBSIDIO DIARIO		
PROMEDIO REMUNERACION NETA :	764,351	VALOR DIARIO	PREVISION	SALUD
(ART. 8vo. DEL D.F.L. Nº 44/73)		25,478	60,076	39,748
SUBSIDIO		382,176		
TOTAL		482,000		

FIRMA DEL EMPLEADOR

FECHA

