Folio: 1.103.752



## FUNDACIÓN INTEGRA Camilo Henríquez 929 70574900-0

## LIQUIDACION DE REMUNERACIONES Febrero, 2024

1401 , DE LOS RIOS			Transferencia Bancaria			Febrero, 2024			
Empresa		Modalidad de Pago		Periodo de Remuneración					
08.872.774-6		PAOLA LUCILA GOMEZ SEPULVEDA							
R.U.T		Nombre Trabajador							
01.03.2011			AFP HABITAT CONS		ONSAL	ONSALUD		4,4260 UF	
Fecha Contrato		Ins	stitución Previsional	Inst	Institución Salud		Monto Plan		
30,00	1.430.21	1	1.821.689	1.453.258	3	02		2	
Días trabajados   Sueldo Base		ise	Total Imponible	Total Tribut	Total Tributable		o.Unico	Cargas Autorizadas	

HABERES		DESCUENTOS			
Sueldo Proporcional	1.430.211			127.51	
Movilización	24.000	Contrib.deducible adic.		35.60	
Asignación Zona	57.208	Impuesto sobre la renta	4,00	23.38	
Asig. Colación Desayuno	4.000	Préstamo CCAF		132.40	
Bono Ext. Horaria.	37.057	Desc.De Sueldo		95.96	
Bono S.A.C.I.	80.100	Aporte Bienestar 1,40		20.02	
Bono Sala Cuna	33.688	Ptmos Coopeuch		170.01	
Antigüedad 6,00	85.813	Cuota Participación		3.43	
Complemento Adic.Uniforme	52.612	Fondo pensiones	10,00	182.16	
Bono de Gestión Educativa	45.000	Comisión AFP	1,27	23.13	
		APV Reg. A (Bonif Fiscal)		50.00	
Totales	1.849.689	Totales		863.64	
		Líquido a Pagar		986.04	

Sobregiro

CONCEPTO	FORMULA			
Bono Extensión Horaria	Bono Extensión Horaria /30 x Días Trabajados			
	$37.057 / 30 \times 30.00 = 37.057$			
Bono Sala Cuna	Bono Sala Cuna /30 x Días Trabajados			
	$33.688 / 30 \times 30.00 = 33.688$			