

LIQUIDACION DE PRESTACIONES DINERARIAS

Siniestro N ° _____

Empresa	CUIT	Razón social
Trabajador: CUIL/DNI	Nombre	
Fecha del accidente / /	Código de obra social	
Modalidad de relación laboral		
Localidad	Porcentaje de reducción	
Partido/Dpto.	Provincia	

REMUNERACIONES SUJETAS A COTIZACION

	Período		Importe mes
	Mes	Año	
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
	Subtotal período		
	Sueldo anual complementario (SAC)		

A) Remun. totales sujetas a cotización.
Ultimos 12 meses contados a partir del accidente.
B) Dias corridos
A/B: Ingreso base (Diario)

CONTRIBUCION PATRONAL

Jubilación	%
INSSJP	%
F.N. Empleo	%
Salario Familiar	%
ANSSAL	%
Obra Social	%
Total Contribuciones	%

ASIGNACIONES FAMILIARES

Concepto	Monto
Total	

POR FAVOR ENVIE JUNTO CON ESTE FORMULARIO:

- Recibos de sueldo correspondientes a los períodos a reintegrar con la firma del empleado, certificado por el empleador.
- Formulario de autorización de transferencia electrónica si aún no lo hubiera entregado. Si desea que el pago se realice por cheque deberá enviar una autorización con firma certificada por banco o escribano en los casos en que el mismo sea retirado por una persona distinta del titular de la firma.
- Formulario 931 y comprobante de pago.

A fin de evitar errores administrativos que demoren la gestión del reintegro, ante cualquier consulta le recordamos que cuenta con el asesoramiento de nuestro **Centro de Servicio al Cliente 0800-888-0095, de Lunes a Viernes de 8 a 19 hs.**

Recuerde: Según el Art. 7 de la Ley 24.557 de Riesgos del Trabajo, la situación de Incapacidad Laboral Temporaria cesa, entre otras causas, por el transcurso de un año desde la primera manifestación invalidante. Por ello a partir de esa fecha no corresponde al empleador seguir abonando dicha prestación por cuenta y orden de **ASOCIART ART.**

DECLARAMOS QUE LOS DATOS SURGEN DE LOS REGISTROS RUBRICADOS DE ESTA EMPRESA

Firma y Aclaración del Empleador _____