LIQUIDACIÓN DE PRESTACIONES DINERARIAS

Siniestro N° _____

Empresa: _____ CUIT: _____ Razon Social: _____

Trabajador: CUIL/DNI: _____ Nombre: _____

Fecha del accidente: ____ /____ /____ Código de obra social: _____

Modalidad de la relación: _____

Localidad: _____ Porcentaje de la reducción: _____

Partido / Depto: _____ 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) Remuneraciones totales sujetas a cotización Ultimos 12 meses contados a partir del accidente B) Días corridos A/B: Ingreso base (Diario)			

REMUNERACIONES SUJETAS A COTIZACION

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

ASIGNACIONES FAMILIARES

Concepto	Monto
Total	

POR FAVOR ENVIE JUNTO CON ESTE FORMULARIO:

- Copia de recibos de sueldo correspondientes a los períodos a reintegrar. Dichos recibos deberán contener firma del empleador con la leyenda "Es copia fiel del original".
- Formulario de autorización de transferencia electrónica si aún la empresa no lo hubiere entregado. El empleador se compromete a notificar a SMG ART SA con 30 días de anticipación cualquier cambio que se produjere respecto a la titularidad en la cuenta que declaró en el formulario creado para tal fin.
- Si desea que el pago se realice por cheque, deberá enviar una autorización con firma certificada por banco o escribano en los casos que el mismo sea retirado por una persona distinta del titular de la firma.
- Formulario 931 y comprobante de pago de cada uno de los periodos a reintegrar.

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 Atención a Empresas, de lunes a viernes de 8 a 20hs., 0800-999-CALL (2255).

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 SMG ART S.A.

EXPRESAMOS EN FORMA DE DECLARACION JURADA QUE LOS DATOS SURGEN DE LOS REGISTROS RUBRICADOS DE ESTA EMPRESA

_____

Firma y Aclaración del Empleador