



Torre Bouchard - Bouchard 547, piso 20
 (1106) Buenos Aires - Argentina.
 Tel: (54-1) 5281-5900 - Fax: (54-1) 5281-5999 - Líneas Rotativas.

DECLARACION JURADA

SALARIOS DEVENGADOS - LEY N° 24.557

Señor empleador : para poder efectuar el reintegro, la documentación presentada por Ud. debe estar completa.

Antes de llenar este formulario, lea atentamente las INSTRUCCIONES que se detallan sobre la hoja adjunta.

Razón Social:

Domicilio:

| APELLIDO Y NOMBRES DEL ACCIDENTADO | N° DE C.U.I.L. | FECHA DEL ACCIDENTE |
|------------------------------------|----------------|---------------------|
| | | |

INGRESO BASE MENSUAL

CONTRIBUCION PATRONAL

| PERIODO | MONTO | DIAS CORRIDOS MES |
|--------------|-----------|-------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| TOTAL | \$ | |

| | |
|--------------------|----------|
| Jubilación | % |
| INSSJP | % |
| F.N. Empleo | % |
| Salario Familiar | % |
| F. Asist. Soc. AOT | % |
| ANSSAL | % |
| Obra Social | % |
| | % |
| | % |
| TOTAL | % |

Ingreso Base (IB) :Total Monto= \$ x día

Ingreso Base Mensual(IBM)=IBx 30,4= \$

- La prestación dineraria (ILT) correspondiente a los 10 (diez) primeros días de baja laboral está a cargo del empleador (IB x 10). (No se debe tomar ni el día del accidente ni el día del alta laboral).
- Lo abonado por el empleador a partir del día 11 (once) de baja laboral hasta el reintegro a tareas, será reintegrado por la ART. (El tope máximo de ILT es de 1 (uno) año).
- **Es importante que en el recibo de sueldo figure discriminado** lo que le corresponde al empleador y lo que está a cargo de la ART.
- Cuando el pago de las prestaciones no correspondiese a meses calendarios completos, se tomará el ingreso base multiplicado por los días corridos del mes. Si correspondiese a un mes completo deberá abonarse el IB x 30,4 = (IBM).

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL EMPLEADOR

ACLARACION DE FIRMA Y CARGO



Torre Bouchard - Bouchard 547, piso 20
(1106) Buenos Aires - Argentina.
Tel: (54-1) 5281-5900 - Fax: (54-1) 5281-5999 - Líneas Rotativas.

■ INSTRUCCIONES ■

Accidentado:

Consignar el apellido y nombres del accidentado, según figura en el documento de identidad.

Fecha del Accidente:

Indicar la fecha exacta del accidente o manifestación de la enfermedad profesional, que incluirá el día, el mes y los dos últimos dígitos del año.

Detalle de Salarios Devengados:

Deberán consignarse los salarios sueltos sujetos a cotización (salarios brutos incluido el SAC) correspondientes a los 12 (doce) meses anteriores (365 días) a la fecha del accidente o al tiempo de la prestación de servicio si fuera menor a un año.

Período:

El período a consignar será mensual, y estará compuesto por el año (dos últimos dígitos) y el mes, por ejemplo diciembre de 1996 se indicará 96/12. Al informar sueldo anual complementario, se consignará SAC.

Monto:

Indicar el salario bruto percibido por el trabajador en el período que se informa. Las sumas estarán expresadas en PESOS con centavos (si la modalidad es quincenal, diaria u horaria, deberá calcularse el valor mensual).

Días Corridos Mes:

Informar el total de **días corridos de cada mes (30 o 31)**.

Fecha y Firma:

El formulario deberá llevar el Lugar y Fecha en que se firma, debiendo ser suscripto por el propietario de la Empresa o por empleado o socio con atribuciones legales para representar a la Empresa. En los casos de S.R.L., deberá suscribirlo el Socio Gerente. Corresponderá aclarar la firma y cargo de quién firma, a nombre de quién lo hace y el domicilio social de la Empresa.

Ejemplo: Juan Pérez se accidentó el día **7 de agosto de 1996**. Volvió a trabajar el **13 de Octubre de 1996**. Fecha de ingreso a la empresa: 4/03/88.

Desde el 8 al 17 de agosto (diez primeros días): indemnización a cargo de la empresa asegurada.

Desde el 18 hasta fin de mes: importe a reintegrar por la ART (14 días de agosto).

Desde el 1 al 30 de septiembre : importe a reintegrar por la ART (IBM).

Desde el 1 al 13 de octubre: importe a reintegrar por la ART (12 días de octubre).

$$\text{Ingreso Base} = \frac{\text{Total Monto}}{\text{Total de Días}} = \frac{5200}{365} = \$ 14,25$$

\$ 14,25 x 10 días = \$ 142,50 a cargo de la empresa asegurada.

\$ 14,25 x 14 días = \$ 199,50 a reintegrar por la ART.

\$ 14,25 x 30,4 = \$ 433,2 IBM a reintegrar por la ART.

\$ 14,25 x 12 días = \$ 171 a reintegrar por la ART.

A los efectos del REINTEGRO solicitamos la siguiente documentación:

- **FORMULARIO DE DECLARACION JURADA DE SALARIOS DEVENGADOS**
- **TRIPLICADO DEL RECIBO DE SUELDO FIRMADO POR EL EMPLEADO** (en el ejemplo: agosto, sept. y octubre).
- **FOTOCOPIA DECLARACION JURADA DE LA DGI** (Formulario 900 o 902). Ej.: agosto, sept. y octubre)
- **LISTADO DE EMPLEADOS (PLANILLA QUE DISCRIMINA LOS CUILs QUE SE DECLARAN)** (Ej: agosto, sept. Y octubre)
- **BOLETA DE DEPOSITO DE CONTRIBUCIONES (Form. 107)**. Ej.: agosto, sept. y octubre)

A los importes a reintegrar por la ART se les sumará lo correspondiente a las contribuciones.

Favor detallar en el recibo de sueldo lo que corresponde a la empresa y a la ART.

Recuerde que esta indemnización reemplaza al salario, por lo tanto, el trabajador no deberá percibir ningún otro tipo de remuneración en el período accidentado.

■ **Ante cualquier duda, comuníquese directamente con nosotros al tel. (01) 5281-5900.**