

ANEXO I
Art. 13 Ley 24.557

LIQUIDACIÓN DE PRESTACIONES DINERARIAS

Acc. N°.:

Empresa : CUIT **Razón Social:**

Trabajador: CUIL **Nombre y Apellido:**

Fecha de Accidente : / / **Código de Obra Social:**

Modalidad de Relación Laboral

REMUNERACIONES DECLARADAS al S.U.S.S.

(Últimos 12 meses o Periodo menor)

	Periodo/s		Importe Mes	Contribución Patronal	
	Mes	Año			%
1				Jubilación	<input type="checkbox"/>
2				INSSJP	<input type="checkbox"/>
3				F. N. Empleo	<input type="checkbox"/>
4				Sal. Familiares	<input type="checkbox"/>
5				ANSSAL	<input type="checkbox"/>
6				Obra Social	<input type="checkbox"/>
7				Total Contribuciones	<input type="checkbox"/>
8					
9					
10					
11					
12					
SUBTOTAL					
Sueldo Anual Complementario Proporcional (SAC)(*)					
A) Total de Remuneraciones Sujetas a Cotización					
B) Días Corridos					
A/B= INGRESO BASE (Diario)					

(*) Completar solo cuando no se incluya el S.A.C. en los periodos ordinarios consignados

ASIGNACIONES FAMILIARES

Concepto	Monto	Concepto	Monto
TOTAL		TOTAL	

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

Firma y Aclaración

Remitir a MAPFRE Argentina ART
Calle: Lima 693 C.P.(1073) Capital Federal