


SINDICATO DE CONDUCTORES DE CAMIONES, OBREROS Y EMPLEADOS DEL TRANSPORTE AUTOMOTOR

www.camioneros-stafe.org.ar

Personeria Gremial N°299

Te.: 0341-4858200

EMPLEADOR:

DOMICILIO: **LOCALIDAD:**

TELEFONO: **N° CTA SINDICAL** **N° CUIT**

Item 8.1.1 (Contribucion solidaria 3%) (Sobre total Remuneraciones)	Total Remunerac.	Total
	<input type="text" value="334.845,55"/>	<input type="text" value="10.045,37"/>

Item 8.1.2 (Aporte empresario 2%) (Sobre Salarios Basicos)	Total Básico	Total
	<input type="text" value="157.851,14"/>	<input type="text" value="3.157,02"/>

Seguro de Sepelio (Res D.N.A.S Nro. 78-92 (1.5%) (Sobre total Remuneraciones)	Total Remunerac.	Total
	<input type="text" value="334.845,55"/>	<input type="text" value="5.022,68"/>

CANTIDAD PERSONAL <input type="text" value="1,00"/>	Fecha de Vencimiento	Total a depositar
PERIODO LIQUIDADO <input type="text" value="12/2022"/>	<input type="text" value="15/01/2023"/>	<input type="text" value="18.225,07"/>



00008601112881000101568503025423011500182250712220

Declaro que los datos consignados en este formulario son correctos y completos y que he confeccionado la presente declaracion jurada sin omitir ni falsear dato alguno que deba contener, siendo la misma fiel expresion de la verdad.

Fecha Impresion: 12/01/2023