


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**

	Total Remunerac.	Total
Item 8.1.1 (Contribucion solidaria 3%) (Sobre total Remuneraciones)	<input type="text" value="325.609,58"/>	<input type="text" value="9.768,29"/>

	Total Básico	Total
Item 8.1.2 (Aporte empresario 2%) (Sobre Salarios Basicos)	<input type="text" value="157.295,36"/>	<input type="text" value="3.145,91"/>

	Total Remunerac.	Total
Seguro de Sepelio (Res D.N.A.S Nro. 78-92 (1.5%) (Sobre total Remuneraciones)	<input type="text" value="325.609,58"/>	<input type="text" value="4.884,14"/>

CANTIDAD PERSONAL <input type="text" value="1,00"/>	Fecha de Vencimiento	Total a depositar
PERIODO LIQUIDADO <input type="text" value="5/2023"/>	<input type="text" value="15/06/2023"/>	<input type="text" value="17.798,34"/>



00008601112881000107129610543223061500177983405239

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: 09/06/2023