


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="470.804,35"/>	<input type="text" value="14.124,13"/>

	Total Básico	Total
Item 8.1.2 (Aporte empresario 2%) (Sobre Salarios Basicos)	<input type="text" value="230.092,21"/>	<input type="text" value="4.601,84"/>

	Total Remunerac.	Total
Seguro de Sepelio (Res D.N.A.S Nro. 78-92 (1.5%) (Sobre total Remuneraciones)	<input type="text" value="470.804,35"/>	<input type="text" value="7.062,07"/>

CANTIDAD PERSONAL <input type="text" value="1,00"/>	Fecha de Vencimiento	Total a depositar
PERIODO LIQUIDADO <input type="text" value="9/2023"/>	<input type="text" value="15/10/2023"/>	<input type="text" value="25.788,04"/>



00008601112881000111416417332423101500257880409236

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: 11/10/2023