


**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**

	<b>Total Remunerac.</b>	<b>Total</b>
Item 8.1.1 (Contribucion solidaria 3%) (Sobre total Remuneraciones)	<input type="text" value="24.132.857,03"/>	<input type="text" value="723.985,71"/>

	<b>Total Básico</b>	<b>Total</b>
Item 8.1.2 (Aporte empresario 2%) (Sobre Salarios Basicos)	<input type="text" value="14.294.605,29"/>	<input type="text" value="285.892,11"/>

	<b>Total Remunerac.</b>	<b>Total</b>
Seguro de Sepelio ( Res D.N.A.S Nro. 78-92 (1.5%) (Sobre total Remuneraciones)	<input type="text" value="24.132.857,03"/>	<input type="text" value="361.992,86"/>

<b>CANTIDAD PERSONAL</b> <input type="text" value="13,00"/>	<b>Fecha de Vencimiento</b>	<b>Total a depositar</b>
<b>PERIODO LIQUIDADO</b> <input type="text" value="6/2024"/>	<input type="text" value="15/07/2024"/>	<input type="text" value="1.371.870,68"/>



00008601065381000115037626059924071513718706806242

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: 08/07/2024