Fecha:

## **COTIZACIÓN DE RIESGOS DEL TRABAJO LEY 24.557 REGÍMENES GENERAL Y ESPECIAL PARA EMPLEADORES** DE PERSONAL DE CASAS PARTICULARES



DATOS DEL EMPLEADOR			
C.U.I.T. N°		Nombre o razón social	
Código de actividad según	formulario A.F.I.F	P. N°150 (resolución A.F.I.P. N° 485/99)	
Descripción actividad real			
- <b>ć</b>			
RÉGIMEN GENERAL Cantidad total de trabajad	oros	(\$) Masa sala	rial sujeta a aportes
		(¢)	nai sujeta a aportes
VALOR DE LA ALÍCUOTA			
ALÍCUOTA			
Suma fija por trabajador	F.F.E.P.(*)	Porcentaje variable sobre masa salarial	(*) Fondo Fiduciario para Enfermedades Profesionales (Decreto Nº1278/0
			Nota: La cotización de referencia tiene una vigencia de 30 días.
Bonificaciones especiales:	N/A %		
único contrato de afiliación. La cumplimiento, a los fines del en	alícuota se determina cuadramiento en el r	ará de acuerdo con los procedimientos estipulados p égimen de alícuotas, será el que corresponda al esta	5: ART. 1° El empleador que contare con más de un establecimiento celebrará un or la normativa que regula el régimen en general, entendiéndose que el nivel de ablecimiento de menor nivel de cumplimiento; salvo que de común acuerdo el n su conjunto, el nivel de cualquiera de los otros establecimientos.
RÉGIMEN ESPECIAL DE EMI	PLEADORES DE CA	ASAS PARTICULARES	
ALÍCUOTA: SEGÚN RANGO	DE HORAS TRAE	BAJADAS SEMANALMENTE CONFORME FORM	ULARIO AFIP 102/B
HORAS TRABAJADAS S		CANTIDAD DE TRABAJADORE	
Menos de 12 hs. semanales		,	
Desde 12 a menos de 16 hs. semanales			
16 o más hs. semanales			
Cuota inicial resultante (*)			\$
(*) Incluye \$0.60 por cad	da trabajador desti	inados al Fondo Fiduciario para Enfermedades	Profesionales.
Ca formalisa a lan alianosta a			des e session
	y ios datos inforn	nados resultan las siguientes primas estima	uas a pagar:
(\$) Cuota anual		Cláusula penal por incum	plimientos de denuncias del empleador: \$
(\$) Cuota mensual		(Pesos	)
(\$) Cuota por trabajador			
aumentada o extendida, las para neutralizar los perjuicio	partes acuerdan e os que ésta irrogue	entablar inmediatas negociaciones, con el obje	slativo por el cual la responsabilidad del asegurador se viera eto de adecuar los términos de la cotización a la nueva situación en el término de 30 días de convocada la reunión, la aseguradora ización).
		nal. La presente cotización tiene carácter infor erior a la fecha de la presente.	mativo y no puede invocarse cobertura hasta tanto no se suscriba la
DADA INICIAD EL DOCCESO	י טב שבוו ושכוטאו כ	OMDI ETE V DDESENTE I A SIGIIIENTE DOCII	MENTACIÓN

- > Completar la Solicitud de Afiliación, confeccionada por un representante de Provincia ART.
- > Si la empresa cuenta con más de un local, filial o lugar de riesgo (establecimientos), completar el formulario de Ubicación de Riesgo. (\*)
- > Presentar las constancias de Alta temprana de la A.F.I.P. "Mi simplificación". Si la empresa posee más de 35 trabajadores, adjuntar el listado que surge de la página web de A.F.I.P. con los movimientos realizados por "Mi simplificación". (\*)
- > Deberá presentar el D.N.I. del titular, firmado por el titular y el representante de Provincia ART.
- > Completar los formularios de RGRL (Resolución 463/09 y 529/09), en función de sus establecimientos y la actividad de cada uno de ellos. (\*)
- > Completar el formulario de Exposición a Riesgos Químicos, Físicos y/o Biológicos y Nómina de Personal Expuesto (Res. SRT 37/2010), utilizando un formulario para cada establecimiento. (\*)
- > Completar el formulario de Declaración Jurada de Personas Expuestas Políticamente (PEP).
- (\*) Excepto para el caso de personal de casas particulares.