

PÓLIZA: \_\_\_\_\_  
EMPLEADOR CUIT N°: \_\_\_\_\_

Si su empresa supera los 15 trabajadores por favor enviar la nómina en formato excel acompañando el diskette o cd con una copia en papel firmada. El archivo deberá contener la siguiente información:  
**CUIL - APELLIDO - NOMBRE - SEXO - FECHA DE NACIMIENTO - CATEGORIA - OCUPACION - SUELDO - FECHA DE INGRESO.**

**COMPLETAR UN ANEXO POR CADA ESTABLECIMIENTO**

Razón social \_\_\_\_\_ CUIT \_\_\_\_\_

N° de establecimientos (según detalle de establec.) Anexo I (Res. SRT 463/09 y 529/09) \_\_\_\_\_

Actividad principal del establecimiento \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Ofic. \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Contacto \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Apellido y nombre	CUIL	Sexo M-F	Fecha de Nacimiento	Tarea	Categoría Empleado	Remuneración Imponible \$	Fecha de Alta Empresa
			/ /				/ /
			/ /				/ /
			/ /				/ /
			/ /				/ /
			/ /				/ /
			/ /				/ /
			/ /				/ /
			/ /				/ /
			/ /				/ /
			/ /				/ /
			/ /				/ /
			/ /				/ /
			/ /				/ /
			/ /				/ /
			/ /				/ /
			/ /				/ /
			/ /				/ /
			/ /				/ /
			/ /				/ /
			/ /				/ /
			/ /				/ /
			/ /				/ /

De acuerdo con lo dispuesto por la Res. SRT 310/02, Ud. está recibiendo conjuntamente con a Solilicitud de Afiliación que suscribe las credenciales identificatorias que le agradeceremos distribuir a sus empleados e informarles que deberán llevarlas consigo en todo momento. En esta credencial se describe el procedimiento para actuar ante un accidente de trabajo, y nuestro teléfono de **Servicio Médico Permanente 24 hs. 0800-888-0093** desde donde se coordinará la atención del accidentado. En caso de requerir reposición de credenciales, podrá hacerlo a través de nuestro **Centro de Servicio al Cliente 0800-888-0095** o por mail a **informacion@asociart.com.ar**

La información consignada se efectúa en carácter de Declaración Jurada, siendo todos los datos completos y veraces. Firma del Empleador: \_\_\_\_\_  
En \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_  
Doc. Tipo y N°: \_\_\_\_\_  
Personería Invocada: \_\_\_\_\_