

**SOLICITUD DE REINTEGRO**

**LIQUIDACIÓN DE SALARIOS POR I.L.T.**

CONTRATO DE AFILIACIÓN N°..... SINIESTRO N°.....

**DATOS DE LA EMPRESA AFILIADA**

Razón Social..... CUIT:.....  
 Domicilio.....CP.....Localidad.....Provincia.....  
 TE:.....FAX.....E-MAIL:.....

**DATOS DEL TRABAJADOR**

Apellido y Nombre..... Sexo..... CUIL/DNI.....  
 Fecha de nacimiento.....Hijos a cargo..... Fecha de ingreso a la empresa.....

**DATOS PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS SALARIOS A CARGO DE LA A.R.T.**

a) Fecha de Accidente/Enfermedad Profesional.....b) Fecha de Alta Médica o último día del mes.....  
 Transcribir los sueldos brutos del accidentado, percibidos durante los 365 días anteriores incluido el día del accidente, o desde la fecha de ingreso a la empresa. Incluir SAC y Vacaciones.

| Mes                  | \$<br>Importe Bruto  |     |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----|
| <input type="text"/> |     |
| <input type="text"/> | SAC |
| <input type="text"/> | SAC |
| <input type="text"/> | VAC |

INGRESO BASE: (Ley n° 24557) Artículo 12, Punto 1: A los efectos de determinar la cuantía de las prestaciones dinerarias se considera Ingreso Base la cantidad que resulta de dividir la suma total de las remuneraciones sujetas a cotización correspondientes a los doce meses anteriores a la primera manifestación invalidante o al tiempo de prestación de servicio si fuera menor a un año, por el número de días corridos comprendidos en el período considerado. Punto 2: El valor mensual del ingreso base resulta de multiplicar la cantidad obtenida según el punto anterior por 30,4.

- c) Sumatoria últimos 12 meses \$..... d) Cantidad de días corridos(últimos 12 meses) .....
- e) Ingreso Base Mensual: \$.....f) Cantidad total de días desde el día posterior del accidente hasta el alta médica o ultimo día del mes.....
- g) Cantidad de días a cargo de ART (fórmula: punto " f " menos 10 días): .....

**PRESTACIÓN POR INCAPACIDAD LABORAL TEMPORARIA**

h) Prestación Bruta: \$..... (Ingreso base mensual dividido cantidad de días corridos del mes multiplicado por la cantidad de días que le corresponden a la ART.)

**APORTES DEL TRABAJADOR**

**CONTRIBUCIONES PATRONALES**

	\$	%		\$	%
Jubilación	.....	.....	Jubilación	.....	.....
Obra Social	.....	.....	Ley N° 19032	.....	.....
Ley N° 19032	.....	.....	Obra social y Anssal	.....	.....
			Ex.Caja Subsidio Familiar	.....	.....
i) Total Retenciones	.....	.....	Fondo Nacional de empleo	.....	.....
			j) Total Aportes	.....	.....

Firma Autorizada

Aclaración

Fecha