

Completar los campos en blanco, exportar en PDF y enviar por email junto con el comprobante de pago a: consultas@soesgypelapampa.com ó soesgypelp@cpenet.com.ar



COMPROBANTE DE DETALLE DE TRANSFERENCIA DE APORTES

CUIT: 33-71671678-9 / CBU: 0930300110100046179632

Correspondiente al mes/año:				Nombre y Apellido	SOESGYPE AFIL. (SI/NO)	ASAM AFIL. (SI/NO)	Total Remuneraciones	Retenciones	Alta o Baja	Fecha alta/baja
Empleador:										
CUIT N°:										
Calle y altura:										
Teléfono:										
	Nro. Empleados	Remuneración	Importe							
1. Ret. Artículo 27 Mutual			1% \$							
2. Ap. Patronal Art. 27 Mutual			1% \$							
TOTAL APORTES	\$									
CCT 371/03	SI	NO								
CCT 415/05	SI	NO								
CCT 428/05	SI	NO								
CCT 427/05	SI	NO								
Son Pesos:	\$									
Fecha de emisión:										
Nº Total de Empleados:										
Total Remuneraciones:	\$									