

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: 30-67163836-7 / CBU: 0930300110100001686496

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. Cuota Sindical			3%	\$							
2. ASAM			3%	\$							
3. Aporte Solidario			2%								
4. Aporte Patronal Art. 26/25			2%								
5.											
6.											
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:											
Nro. Total de Empleados:	\$										
Nro. empleados asociados al sindicato											
Total Remuneraciones:	\$										
Total Remuneraciones Afiliados al SOESGYPE	\$										
Total Remuneraciones Afiliados al ASAM	\$										
Total Remuneraciones No Afiliados	\$										