



**ALTA DE EMPLEADO O CÓNYUGE O CONCUBINO-COLABORADOR**

Fecha: \_\_\_\_\_

**Patrono/s:**

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

CI: \_\_\_\_\_ Nro Afiliado: \_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

CI: \_\_\_\_\_ Nro Afiliado: \_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

CI: \_\_\_\_\_ Nro Afiliado: \_\_\_\_\_

**Empleado:**

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

CI: \_\_\_\_\_ Nro Afiliado: \_\_\_\_\_

Grado de parentesco del empleado con el empleador: [ ] Ninguno, [ ] Padre, [ ] Madre, [ ] Hijo, [ ] Otro.

**Domicilio de la relación laboral:**

Departamento: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_

Apto \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_



Alta como: [ ] empleado [ ] cónyuge/concubino colaborador

Fecha de inicio de la actividad: \_\_\_\_\_

Lista de tareas que realiza: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Días de Trabajo: \_\_\_\_\_

Horario: \_\_\_\_\_

En caso de no existir horario fijo, horas semanales: \_\_\_\_\_

Debe completarse solo una opción: (Horario u horas semanales).

Sueldo nominal real mensual: \_\_\_\_\_  
(dato obligatorio para empleados)

Plazo para denuncia de servicios: 30 días siguientes al comienzo de la Relación Laboral (Art. 44 de la Ley 17437)\*.

Declaración: los que suscriben declaran conocer que el cese de funciones y las modificaciones de la relación laboral, deberán comunicarse dentro de los 30 días corridos de verificados los mismos (Art. 13 y 14 de la reglamentación del Directorio del decreto del Poder Ejecutivo 95/78, Acta 1086, con la redacción dada por el Asunto 1696 del Acta 2404 del 26 de diciembre del 2000).

La no comunicación en plazo tanto de la denuncia como de los hechos referidos, dará lugar a la aplicación de la multa prevista por el artículo 95 del Código Tributario.

En caso que el incumplimiento de plazo refiera a la comunicación de cese se deberán abonar a la Caja Notarial los gastos originados por Salud, desde el cese hasta la comunicación del mismo.

\*Aquellos beneficios para los cuales existe un periodo de carencia para acceder a ellos, este plazo regirá desde la fecha de la denuncia.

Firma del empleador/es: \_\_\_\_\_

Firma del empleado: \_\_\_\_\_

Funcionario receptor: \_\_\_\_\_

Fecha Recibido: \_\_\_\_\_