

**INFORMACIÓN PARA PRACTICAR LIQUIDACIÓN
INCAPACIDAD LABORAL TEMPORARIA - LEY N° 24.557**

Nº CONTRATO	Nº SINIESTRO
Apellido y Nombre del Accidentado	
Nº CUIL	Fecha de Accidente (dd/mm/aaaa)

SISTEMA ÚNICO DE SEGURIDAD SOCIAL PATRONAL

(Porcentajes netos de reducciones)

JUBILACIÓN	%
ASIGNACIONES FAMILIARES	%
FONDO DE EMPLEO	%
PAMI (I.N.S.S.J.P.)	%
1. TOTAL	%
2. OBRA SOCIAL	%
TOTAL GENERAL (1+2)	%

MODALIDAD CONTRACTUAL

1. Por tiempo Indeterminado
2. Por tiempo Determinado
3. Eventual
4. Otro

Marcar con una X lo que corresponda.
En los supuestos 2 / 4 adjuntar copia del contrato.

DETALLE DE LAS REMUNERACIONES PERCIBIDAS (completar al dorso)

Total Salario percibido

DETERMINACIÓN INGRESO BASE (a ser llenado por Victoria A.R.T.)

Total Pagado \$	/	días corridos = \$	x 30,4 = \$	I.B.M. / 30 = \$	I.B.D.
x		/ Aportes = \$	x días a reintegrar.		

INCAPACIDAD LABORAL TEMPORARIA

Período desde	hasta	días
A/C Empleador		días _____ 10
A/C A.R.T.		días _____
I.B.R. \$	x	días = \$

DATOS DE REMUNERACIONES PERCIBIDAS

TOTAL SALARIOS PERCIBIDOS

Declaramos Bajo Juramento que los datos consignados son fiel reflejo de la realidad, pudiendo Compañía Argentina de Seguros Victoria S.A., requerir los recibos correspondientes, debidamente firmados.

Lugar y fecha

Firma del empleador

Aclaración

Razón Social

CUIT

Domicilio

NOTA: Antes de completar este formulario, lea las instrucciones adjuntas.