



BAJA O MODIFICACION DE ACTIVIDAD  
Gestión de Afiliaciones

FECHA	
-------	--

1
---

BAJA	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------

MODIFICACION	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------

2 DATOS DE LA EMPRESA

Nro. Empresa	4994954	Nº Contribuyente	00214393430017			
Denominación	FACULTAD DE INGENIERIA		Tipo Ap.	2	Local	
FAX	7110800	TEL		Persona contacto con GAFI		

3 DATOS PERSONALES DEL TRABAJADOR

País Emisor		Tipo Doc.		Nº Documento		
Cred. Cívica.	Serie			Nº		
Primer Apellido				Segundo Apellido		
Primer Nombre				Segundo Nombre		
Fecha nac.		Sexo		Nacionalidad		

4 DATOS DE LA ACTIVIDAD DEL TRABAJADOR

Fecha Ingreso Reg.		Ac. Laboral		Fecha Egreso		Causal	
<b>Completar SOLO en caso de MODIFICAR VINCULO FUNCIONAL Y/O SEGURO DE SALUD o DATOS DE ITEM 5</b>							
Fecha desde		Fecha hasta					

4.1 DATOS QUE SE PUEDEN MODIFICAR

Fecha Ingreso Mod.		Ac. Laboral	
Fecha de Egreso		Causal	
Vinc. Funcional		S. Salud	

5 UNICAMENTE para Modificar Servicio Doméstico

Cantidad Jornales		Remuneración		C.C.MUTUAL		
<b>Reajuste según S.M.N.</b>			SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

Art. 239 del Código Penal: "Falsificación ideológica por un particular – El que, con motivo de otorgamiento o formalización de un documento público, ante un funcionario público, prestare una declaración falsa sobre su identidad o estado, o cualquiera otra circunstancia de hecho, será castigado con tres a veinticuatro meses de prisión".

6 TRABAJADOR

Firma	
-------	--

7 POR LA EMPRESA

Firma del Responsable		C.I.	
Aclaración de Firma		Cargo	

8 POR B.P.S.

FIRMA		Nº FUNC		Fecha	
-------	--	---------	--	-------	--