

ANEXO I

ANEXO II DE LA RESOLUCION DE LA SECRETARIA DE EMPLEO N° 2.186/10
PROGRAMA DE INSERCIÓN LABORAL
CARTA DE ADHESIÓN PARA EMPRESAS PRIVADAS

I. IDENTIFICACIÓN DE LA LÍNEA DE ACCIÓN		EN EL SECTOR PRIVADO		MOBILIDAD COMÚN	<input type="checkbox"/>
LÍNEA DE PROMOCIÓN DE EMPLEADOS AFILIADOS		EN EL SECTOR PRIVADO		MOBILIDAD INDUSTRIAL	<input type="checkbox"/>
		FONDO TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD			<input type="checkbox"/>
II. DATOS DE LA EMPRESA					
RAZÓN SOCIAL					
C.U.I.L.					
FORMA JURÍDICA					
SECTOR DE ACTIVIDAD DE LA EMPRESA					
CADENA DE VALORES / O FUNDOS INDUSTRIAL / FONDOS M. INDUSTRIAL					
REPRESENTANTE LEGAL				DNI/LE/LC N°	
DOMICILIO	CALLE	N°	C.P.		
LOCALIDAD	MUNICIPIO				
PROVINCIA					
VÍAS DE CONTACTO		TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO		
DEFINICIÓN ACTUAL DE TRABAJADORES					
TIPO DE EMPRESA SEGÚN DOTACIÓN DE PERSONAL					
MICO		PEQUEÑA	MEDIANA	GRANDE	
III. PLAZO DE INCORPORACIÓN DE TRABAJADORES					
FECHA VENCIMIENTO DE LA RELACIÓN LABORAL			DURACIÓN DEL INCENTIVO SOLICITADO (EN MESES)		
IV. CANTIDAD DE TRABAJADORES/AS A INCORPORAR SEGÚN TIPO DE CONTRATACIÓN					
		TIPO DE CONTRATACIÓN		CANTIDAD DE PERSONAS	
1. LEY N° 20.744 (L.O. 1976) (LEY DE CONTRATO DE TRABAJO)					
A. CONTRATO DE TRABAJO POR TIEMPO INDETERMINADO – AGENDA COMPLETA (ART. 50)					
B. CONTRATO DE TRABAJO POR TIEMPO INDETERMINADO – AGENDA PARCIAL (ART. 52 ID)					
C. CONTRATO DE TRABAJO POR TIEMPO INDETERMINADO – CONTRATO DE TEMPORADA (ART. 56)					
D. CONTRATO DE TRABAJO A PLAZO FIJO (ART. 93) (ACCIÓN DE COMPAÑÍA CONTRATADO – MÍNIMO UN AÑO)					
2. LEY N° 22.250 (RÉGIMEN LEGAL DE TRABAJO EN LA INDUSTRIA DE LA CONSTRUCCIÓN)					
3. LEY N° 20.727 (RÉGIMEN DE TRABAJO ASESOR)					
A. CONTRATO DE TRABAJO ASesor POR AMBIENTE DE OBLIGACIÓN CONTINUA (ART. 16)					
B. CONTRATO DE TRABAJO ASesor POR AMBIENTE OBLIGACIONAL (ART. 18)					
		Total			

V. NÓMINA DE TRABAJADORES/AS A INCORPORAR								
N° DE ORDEN	APELLIDO Y NOMBRE	C.U.I.L.	FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A)	PROGRAMA Y/O COLECTIVO INBLACIONAL AL QUE PERTENECE	PUESTO	TIPO DE CONTRATACIÓN (INDICAR LAS LETRAS DEL PUNTO II.1.1.A.1.)	MONTO EN / CARGO DEL SALARIO BRUTO	DISCAPACIDAD No/Sí (INDICAR WHO ACUMPLAR CERTIFICADO / COMPLETA INFORMACIÓN)
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								

INFORMACIÓN SOBRE DISCAPACIDAD (DIAGNÓSTICO – ENTE EMISOR DEL CERTIFICADO – FECHA DE VENCIMIENTO)

DOMICILIO DONDE SE DESEMPEÑARÁN LOS/LAS TRABAJADORES/AS:

VI. ADHESIÓN	
<p>En mi carácter de titular/representante legal/poderado/a de la Empresa adhiero al PROGRAMA DE INSERCIÓN LABORAL y solicito la incorporación de los/las trabajadores/as que se identifican previamente.</p> <p>Manifiesto conocer y aceptar la normativa regulatoria del PROGRAMA DE INSERCIÓN LABORAL, no haber realizado depósitos cautelares dentro de los SEIS (6) meses previos, no estar incluido en el Registro Público de Empleadores con Sanciones Laborales (REPSAL), y me comprometo a cumplir las obligaciones allí establecidas.</p> <p>Declaro estar facultado/a para suscribir la presente y comulgo dominio e todas las acciones que se deriven de la participación en el PROGRAMA DE INSERCIÓN LABORAL en el domicilio antes declarado.</p> <p>La información consignada en la presente Carta de Adhesión tiene carácter de declaración jurada.</p>	
Firma	Aclaración
Tipo y N° de documento	Carácter del firme
Lugar y fecha	
<p>Nota: Los datos de la Carta de Adhesión que preceden a la presente, deberán contar con la firma y aclaración del titular/representante legal o autorizado de la empresa.</p>	
Sello y Firma de Incorporación de la BECAL / OE	
Aclaración	
Lugar y fecha	
<p>La presentada y suscrita de la presente Carta no implica aprobación de la estructura de la empresa al Programa, la cual estará sujeta a los criterios y evaluaciones establecidos por su organización.</p>	
VII. PUNTO DE VISTA POR LA GERENCIA DE EMPLEO Y CAPACITACIÓN LABORAL	
Número de expediente	
RESULTADO DE LA EVALUACIÓN	Aprobado <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/>
Observaciones:	
Firma y Aclaración del Evaluador/a de la Gerencia de Empleo y Capacitación Laboral	
Lugar y fecha	
Firma y Aclaración del Responsable de la Gerencia de Empleo y Capacitación Laboral	
Lugar y fecha	

ANEXO II

ANEXO III DE LA RESOLUCION DE LA SECRETARIA DE EMPLEO Nº 2.186/10
PROGRAMA DE INSERCIÓN LABORAL
CARTA DE ADHESION PARA ORGANISMOS PUBLICOS

I. IDENTIFICACION DE LA LINEA DE ACCION (Código de identificación)

LÍNEA DE PROMOCIÓN DEL EMPLEO ASALARIADO EN EL SECTOR PÚBLICO

PARA TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD

II. DATOS DEL ORGANISMO

NOMBRE: _____

C.U.I.T.: _____ REGICE: _____

DOMICILIO: Calle: _____ Nº: _____ C.P.: _____

LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO: _____

PROVINCIA: _____ TELÉFONO: _____ FAX: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

III. DATOS DE FABRICACIÓN DEL PLAN DE INCORPORACION DE TRABAJADORES

ÁREA: _____

PLANTAS DE TRABAJO: _____

FECHA DE INCORPORACIÓN DE TRABAJADORES: _____ PLAZO DE INCORPORACIÓN EN EL PROGRAMA (EN MESES): _____

IV. CANTIDAD DE TRABAJADORES A INCORPORAR SEGUN TIPO DE RELACION DE EMPLEO PÚBLICO

MODALIDAD CONTRACTUAL (TIPO DE RELACION DE EMPLEO)	ENCUADRE LEGAL (LEY Y OTRAS DISPOSICIONES)	CANTIDAD
PLANTA PERMANENTE <input type="checkbox"/> PLANTA TRANSITORIA <input type="checkbox"/>		
OTRAS		

V. DESCRIPCIÓN DEL SALARIO POR CATEGORÍA LABORAL (Código de identificación)

CATEGORÍA LABORAL	SALARIO BRUTO	TIPO DE REMUNERACIÓN	PLAZO DE INCORPORACIÓN	ANOS DE EXPERIENCIA	CONTRIBUCIONES (%)

VI. DESCRIPCIÓN DE LOS PRINCIPALES LIQUIDADORES DE DISTINTOS COMPONENTES DE LA REMUNERACIÓN

OTRO QUE LA DISCAPACIDAD PUEDE SER INCORPORADO EN LOS CUERPOS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA EN EL SUPLENIMIENTO DE PERSONAL CON DISCAPACIDAD

ORGANISMO QUE LIQUIDA EL SALARIO	NOMBRE
ORGANISMO QUE LIQUIDA LOS PAGOS A LA SEGURIDAD SOCIAL	NOMBRE
ORGANISMO QUE LIQUIDA LOS PAGOS PARA LA COBERTURA POR RIESGOS DE TRABAJO	NOMBRE

VII. NOMBRE DE TRABAJADORES A INCORPORAR

Nº DE ÍNDEX	APELLIDO Y NOMBRE	C.U.I.T.	FECHA DE NACIMIENTO (AAAA/MM/DD)	PROGRAMA (O COLECTIVO) POPULACIONAL AL QUE PERTENECE	PLAZO	CATEGORÍA LABORAL	DISCAPACIDAD SI/NO (Incluir tipo, ACCIÓN PLAN CERTIFICADO Y (TABLA DE INCORPORACIÓN))
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							

INFORMAR SOBRE DISCAPACIDAD (DIAGNOSTICO - ENTES AMOS DEL CERTIFICADO - FECHA DE VENCIMIENTO)

VIII. ADIUSION

El/la que suscribe, en mi carácter de representante legal de (completar nombre del Organismo) _____

_____ adhiero al PROGRAMA DE INSERCIÓN LABORAL y solicito la incorporación de los/las trabajadores que se indican en la presente Carta. Adjunto como documentación respaldatoria copia de las normas que regulan las relaciones de empleo público y fijo las categorías laborales y salariales referidas en el presente Formulario.

Manifiesto conocer y aceptar la reglamentación del PROGRAMA DE INSERCIÓN LABORAL, comprometiéndome a cumplir con las obligaciones allí establecidas.

Declaro que la documentación adjunta es fidedigna y constituye domicilio a todos los efectos legales en el previamente indicado.

La información consignada en la presente Carta de Admisión tiene carácter de declaración jurada.

Firma: _____ Aclaración: _____

Tipo y N° de documento: _____ Carácter del firmante: _____

Lugar y fecha: _____

Note: las hojas de la Carta de Admisión que anteceden a la presente, deberán copiar con la firma y aclaración del representante legal del Organismo Público.

Sello y Firma de Recepción de la Gerencia de Empleo y Capacitación Laboral/Ojcinia de Empleo	
Aclaración:	
Lugar y fecha	

La presentación y recepción de la presente Carta no implica la aprobación de la admisión del empleador al Programa, la cual estará sujeta a los controles y evaluaciones establecidos por su reglamentación.

DEclaración de RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DE LA GERENCIA DE EMPLEO Y CAPACITACIÓN LABORAL

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN: VÁLIDE NO VÁLIDE

JUSTIFICACIÓN (se debe completar en caso de no ser válida):

AYUDA ECONÓMICA MENSUAL POR CATEGORÍA LABORAL

CATEGORÍA LABORAL	CANTIDAD DE TRABAJADORES	MONTO DE AYUDA ECONÓMICA MENSUAL

Firma y Aclaración del/la Evaluador/a: _____

Lugar y fecha: _____

Firma y Aclaración de/la Gerente/a
de empleo y Capacitación Laboral:

.....

Lugar y fecha:

VI PARICOMPLETA PARA LA DIRECCIÓN NACIONAL DE PROMOCIONES EN REPO O LA DIRECCIÓN DE PROMOCIONES DE LA EMPLEADURA DE TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD		
RESULTADO:	APROBADO <input type="checkbox"/>	RECHAZADO <input type="checkbox"/>
JUSTIFICACIÓN (en caso necesario continuar (INDICARLO))		
DESCRIPCIÓN DE LA ADICIÓN APROBADA		
FECHA DE INICIO:	FECHA DE TERMINACIÓN:
CANTIDAD TOTAL DE TRABAJADORES		
DETALLE DE FINANCIAMIENTO:		
CATEGORÍA LABORAL	CANTIDAD DE TRABAJADORES	MONTO DE AYUDA ECONOMICA MENSUAL
Firma y Aclaración del técnico interviniente:		
.....		
Lugar y fecha:		
Firma y Aclaración del Director/a:		
.....		
Lugar y fecha:		