

Secretaría de Empleo
PROMOCION DEL EMPLEO
Resolución 1964/2014
Resolución N° 2.186/2010. Modificación.
 Bs. As., 14/8/2014 (BO. 19/08/2014)

ANEXO I

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

II. IDENTIFICACION DE LA LINEA DE ACCION (V. Ley 19.644/2014 art. 1º y 2º)			
LINEA DE PROMOCION DEL EMPLEO (ASIGNADO)	EN EL SECTOR PRIVADO	MODALIDAD COMUN	<input type="checkbox"/>
		MODALIDAD INDUSTRIAL	<input type="checkbox"/>
	FOFO TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD		<input type="checkbox"/>

III. DATOS DE LA EMPRESA				
RAZON SOCIAL				
C.U.I.L.				
FORMA JURIDICA				
SECTOR DE ACTIVIDADES DE LA EMPRESA				
CATEGORIA DE VALOR Y O FANQUE INDUSTRIAL (FORMA INDUSTRIAL)				
REPRESENTANTE LEGAL			DNI/LE/LC N°	
DIRECCION	CALLE	N°	C.P.	
LOCALIDAD	MUNICIPIO			
PROVINCIA				
VIAS DE CONTACTO		TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	
DOTACION ACTUAL DE TRABAJADORES				
TIPO DE EMPRESA SEGUN DOTACION DE PERSONAL				
	MINIO	PEQUEÑA	MEDIANA	GRANDE

III. PLAZO DE INCORPORACION DE TRABAJADORES	
FECHA INICIO DE LA RELACION LABORAL	DURACION DEL INCENTIVO SOLICITADO (EN MESES)

IV. CANTIDAD DE TRABAJADORES/AS A INCORPORAR SEGUN TIPO DE CONTRATACION	
TIPO DE CONTRATACION	CANTIDAD DE PERSONAS
1. LEY N° 20.744 (L.O. 1976) (LEY DE CONTRATO DE TRABAJO)	
A. CONTRATO DE TRABAJO POR TIEMPO INDETERMINADO – Jornada completa (Art. 50)	
B. CONTRATO DE TRABAJO POR TIEMPO INDETERMINADO – Jornada parcial (Art. 52 ter)	
C. CONTRATO DE TRABAJO POR TIEMPO INDETERMINADO – CONTRATO DE TEMPORADA (Art. 56)	
D. CONTRATO DE TRABAJO A PLAZO FIJO (Art. 93) (Adhesión copia de contrato – Máximo un año)	
2. LEY N° 22.250 (Régimen Local de Trabajo en la Industria de la Construcción)	
3. LEY N° 20.727 (Régimen de Trabajo Agrario)	
A. CONTRATO DE TRABAJO AGROPECUARIO POR TIEMPO INDETERMINADO CONTINUO (Art. 36)	
B. CONTRATO DE TRABAJO AGROPECUARIO POR TIEMPO INDETERMINADO TEMPORARIO (Art. 38)	
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 RELACIONAL AL QUE PERTENECE	PUESTO	TIPO DE CONTRATACION (JUZGAR LAS SIGLAS DEL PUNTO II. C. I. A.)	MONTO EN PESOS DEL SALARIO BRUTO	DISCAPACIDAD NO/ SI (INDICAR SI O ACOMPAÑAR CERTIFICADO / COMPLETAR INCORPORACION)
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								

INFORMACION 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/apoderado/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 despidos colectivos 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 comituyo domicilio a todas las efectos 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	Condición del firmante
Lugar y fecha	
<p>Nota: Los datos de la Carta de Adhesión que establecen a la presente, deberán coincidir con la firma y aclaración del titular/representante legal de la empresa.</p>	
Sello y Firma de recepción de la GRCAL / CE	
Aclaración	
Lugar y fecha	
<p>La presentación y recepción de la presente Carta no implica aprobación de la adhesión de la empresa al Programa, la cual estará sujeta a los criterios y evaluaciones establecidos por su reglamentación.</p>	
VII. RESULTADO PARA EL SECTOR DE EMPLEO Y CAPACITACIÓN LABORAL	
Número de proyecto	
RESULTADO DE LA EVALUACIÓN	APROBADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/>
Justificación/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 N° 2.186/10 PROGRAMA DE INSERCIÓN LABORAL CARTA DE ADHESION PARA ORGANISMOS PUBLICOS

I. IDENTIFICACION DE LA LINEA DE ACCION: (Código de línea de acción)

LÍNEA DE PROMOCIÓN DEL EMPLEO ASUMIDO EN EL SECTOR PÚBLICO

PARA TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD

II. DATOS DEL ORGANISMO:

NOMBRE: _____

C.U.I.T.: _____ REGISTRO: _____

DIRECCIÓN: Calle: _____ Nº: _____ C.P.: _____

LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO: _____

PROVINCIA: _____ TELÉFONO: _____ FAX: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

III. DATOS DE FAREO Y DEL SECTOR EN EL QUE SE INCORPORARÁN LOS TRABAJADORES:

ÁREA: _____

POSTOS DE FAREO: _____

FECHA DE INCORPORACIÓN DE TRABAJADORES: _____ PLAZO DE INCORPORACIÓN AL PROGRAMA (en meses): _____

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

MODALIDAD CONTRACTUAL (SEGUN CONVENCION)	FECHA DE LEGALIZACIÓN (FECHA DE EMISIÓN DEL CERTIFICADO)	CANTIDAD
PLANTA PERMANENTE <input type="checkbox"/> PLANTA TRANSITORIA <input type="checkbox"/>		
OTRAS		

V. DISTRIBUCIÓN DEL SALARIO POR CATEGORÍA LABORAL (Código de categoría laboral)

CATEGORÍA LABORAL	SALARIO BRUTO	PORCENTAJE REMUNERATIVO	PORCENTAJE REMUNERATIVO	AÑOS DE SERVICIO	CONTRIBUCIONES
				%	%

VI. DESCRIPCIÓN DE LOS ORGANISMOS LIQUIDADORES DE DISTINTOS COMPONENTES DE LA REMUNERACIÓN (Código de organismo liquidador de cada uno de los componentes de la remuneración de los trabajadores con discapacidad, según el tipo de organismo liquidador):

ORGANISMO QUE LIQUIDA EL SALARIO	NOMBRE	C.U.I.T.
ORGANISMO QUE LIQUIDA LOS PAGOS A LA SEGURIDAD SOCIAL		
ORGANISMO QUE LIQUIDA LOS PAGOS PARA LA COBERTURA POR RIESGOS DEL TRABAJO		

VII. NOMBRE DE TRABAJADORES A INCORPORAR:

Nº DE ORDEN	APELLIDO Y NOMBRE	C.U.I.T.	FECHA DE NACIMIENTO (AAAA/MM/DD)	PROGRAMA Y/O CONCEPTO POR EL CUAL SE INCORPORARÁ	PLAZO	CATEGORÍA LABORAL	DÍA DE NACIMIENTO SEXUAL (INDICAR TIPO, ACCIONES Y/O CERTIFICADO Y ETIQUETA INFORMAS 210)
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							

INFORMACIÓN SOBRE DISCAPACIDAD (Discapacidad – Ente emisor del Certificado – Fecha de vencimiento)

VIII. ADHESIÓN

El/la que suscribe, en mi carácter de representante legal de (completar nombre del Organismo) _____, editore el PROGRAMA DE INSERCIÓN LABORAL y solicita la incorporación de los/as 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 Adhesión tiene carácter de declaración jurada.

Firma: _____ Aclaración: _____

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

Lugar y fecha: _____

Nota: Las hojas de la Carta de Adhesión que anteceden a la presente, deberán contar con la firma y aclaración del representante legal del Organismo Público.

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

La presentación y recepción de la presente Carta no implica la aprobación de la adhesión del empleador al Programa, ni constituye juicio o los criterios y evaluaciones establecidos para su reglamentación.

IX. PARA COMPLETARLA GERENCIA DE EMPLEO Y CAPACITACIÓN LABORAL

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
JUSTIFICACIÓN (en su caso, continuar en hoja aparte)		

AYUDA ECONÓMICA MENSUAL POR CATEGORÍA LABORAL

CATEGORÍA LABORAL	CANTIDAD DE TRABAJADORES	MONTO DE AYUDA ECONÓMICA MENSUAL

Firma y Aclaración de/los Trabajador/s: _____

Lugar y fecha: _____

Firma y Aclaración de/la Gerente/a de Empleo y Capacitación Laboral: _____

Lugar y fecha: _____

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA NACIONAL DE PROMOCIÓN DE EMPLEO Y DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN DE LA EMPLEABILIDAD DE TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD

Resultado: APROBADO RECHAZADO

JUSTIFICACIÓN (de ser necesario completar esta casilla):

DESCRIPCIÓN DE LA ADICIÓN APROBADA

FECHA DE INICIO: _____ FECHA DE INCORPORACIÓN: _____

CANTIDAD TOTAL DE TRABAJADORES: _____

DETALLE DE FINANCIAMIENTO:

CATEGORÍA LABORAL	CANTIDAD DE TRABAJADORES	MONTO DE AYUDA ECONÓMICA MENSUAL

Firma y Aclaración del técnico interviniente: _____

Lugar y fecha: _____

Firma y Aclaración del Director/a: _____

Lugar y fecha: _____