



OBRA SOCIAL
DE PEONES
DE TAXIS DE LA
CAPITAL FEDERAL

SOLICITUD EMPADRONAMIENTO DE EMPRESAS

**IMPORTANTE: LEA ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES AL DORSO
ANTES DE COMPLETAR LOS DATOS**

1 - N° EMPRESA										2 - RAZON SOCIAL - APELLIDO Y NOMBRE																													
3 - DOMICILIO LEGAL															NUMERO					PISO		OFICINA			Cpo														
CALLE																																							
LOCALIDAD										COD. LOCALIDAD					COD. POSTAL					TELEFONO																			
3- DOMICILIO REAL															NUMERO					PISO		OFICINA			Cpo														
CALLE																																							
LOCALIDAD										COD. LOCALIDAD					COD. POSTAL					TELEFONO																			
5 - N° INSCR. REC. PREVISION					6 - ACTIVIDAD PRINCIPAL DE LA EMPRESA										7 - COD. ACT. PRINCIPAL																								
8 - ACTIVIDAD PRINCIPAL DE LA EMPRESA										9 - COD. ACT. APORTA					10 - FECHA INIC. ACTIV.																								
11 - FECHA INGRESO PERS. EN REL. DEPEN.					12 - CANT. PERS. P/QUE APORTA					13 - CANT. SUCURSALES					14 - EMPRESAS TIPOS Y FORMAS DE APORTES																								
															<input type="radio"/> 0. NO TIENE SUCURSALES <input type="radio"/> 2. TIENE SUCURS. Y DESCENTRALIZA APORTES <input type="radio"/> 1. TIENE SUCURS. Y CENTRALIZA APORTES <input type="radio"/> 3. ES SUCURSAL Y DESCENTRALIZA APORTES																								
COMPLETAR UNICAMENTE SI ES SUCURSAL Y LA CASA MATRIZ NO CENTRALIZA APORTES					15 - N° EMPRESA										16 - INSCRIPCION EN EL REGISTRO PUBLICO DE COMERCIO																								
															NUMERO					FOLIO					LIBRO					TOMO					FECHA				
															LUGAR DE INSCRIPCION																								
7 - COMPLETAR SOLO EN CASO DE EMPRESA UNIPERSONAL																																							
DOCUMENTO DEL TITULAR										NOMBRE DEL PADRE																													
TIPO					NUMERO																																		
APELLIDO Y NOMBRE DE LA MADRE																																							
18 - TIENE SEGURO CONTRA ACCIDENTE DE TRABAJO?															TIENE SEGURO DE SEPELIO																								
COMPANIA ASEGURADORA																																							
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO															<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO																								
19 - ANTECEDENTE DE LA EMPRESA																																							
LA EMPRESA ES SUCESORA DE										N° EMPRESA					FECHA TRANSF.					TMO. A SU CARGO ACTIVO Y PASIVO																			
																				<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO																			
DOMICILIO																																							
CALLE										NUMERO					PISO		OFICINA			CPO.																			
LOCALIDAD					COD. POSTAL					PROVINCIA					TELEFONO																								
20 - NOMINA DE SOCIOS O DIRECTORES LEGALMENTE RESPONSABLES																																							
APELLIDO Y NOMBRES										DOMICILIO										DOCUMENTO																			
										CALLE NUMERO - LOCALIDAD										TIPO																			
21 - OBSERVACIONES										DECLARAR NROS. DE LICENCIAS MUNICIPALES																													