

FORMULARIO AUTORIZACION RETENCION (FAR)

DATOS REFERENTES AL AFILIADO

Apellido:		Nombre:	
Tipo y N° documento:			
Domicilio legal:		Localidad:	
Provincia:		Código postal:	
Teléfono:	Fax:	E-mail:	
Establecimiento:			
Cargo:	Nivel:	Horas:	Aporte 4,5%:
Cargo:	Nivel:	Horas:	Aporte 4,5%:
Cargo:	Nivel:	Horas:	Aporte 4,5%:
Cargo:	Nivel:	Horas:	Aporte 4,5%:
Cargo:	Nivel:	Horas:	Aporte 4,5%:
Antigüedad docente :	meses:	días:	porcentaje: %

DATOS REFERENTES AL EMPLEADOR

Nombre y/o Denominación	
Domicilio:	Localidad:
Provincia:	Código Postal:
C.U.I.T.:	E-mail:
Teléfono:	Fax:
Fecha de inicio de la relación laboral: / /	

Me dirijo a Ud., en mi carácter de afiliado al régimen complementario de previsión para jubilados y pensionados de la actividad docente, a fin de notificarle que a partir del / / , deberá practicar en mis remuneraciones los descuentos por aportes a dicho régimen en los términos de la resolución/02 de la Caja Complementaria, con relación a todos los cargos docentes que desempeñe en ese establecimiento educativo, en las siguientes condiciones: La obligación de hacer aportes se mantiene durante toda la prestación de servicios docente y finaliza sólo en la fecha en que cesen los mismos. El empleador en su carácter de agente de retención, deberá practicar en las remuneraciones de los cargos docentes, los descuentos por aportes (4,5%) durante todo el período de prestación de servicios docentes y depositarlos a la orden de la Caja Complementaria en cuenta N°25,480/11 del Banco de la Nación Argentina, quedando sujeto al cumplimiento de todas las obligaciones impuestas a los

empleadores por la ley N° 22.804, modificada por la ley N° 23.646, y su reglamentación y normas complementarias. Se deja constancia que mi afiliación y la presente autorización para retener aportes son de carácter irrenunciable e irrevocable.

En la Ciudad dea los.....días del mes de.....de....., se firman 3 ejemplares de un mismo tenor y a un sólo efecto.

Firma del afiliado	Sello y firma del empleador