DOCUMENTACION A PRESENTAR PARA EL INGRESO AL SISTEMA DE PAGO DIRECTO

- Nota de solicitud en la cuál se detalle la nómina de trabajadores en relación de dependencia y sus cargas de familia.
- Formulario de Declaración Jurada de Transferencia de Fondo Compensador a Pago Directo (form. PS 2.25).
- Constancia de la Clave Única de Identificación Tributaria (CUIT) de la cual surja el alta al régimen de empleador del Sistema Único de la Seguridad Social.
- Constancia de Inscripción en el Régimen de Empleador emanada de la autoridad de aplicación.
- En el caso de sociedades regularmente constituidas: fotocopia autenticada del contrato social y/o de su estatuto.
- En caso de empresas unipersonales: Documento Nacional de Identidad del titular. Constancia de inscripción en el Régimen de Trabajadores Autónomos y comprobante de pago del período inmediatamente anterior al mes que se efectúe la presentación.
- En caso de sociedades de hecho: la misma documentación exigida en el párrafo anterior para cada uno de los socios.
- Formulario de Registro de Firmas (form. 2.22).
- Constancia de Inscripción en una empresa Aseguradora de Riesgos del Trabajo (ART) debidamente actualizada.
- Copia del Título de Propiedad o Contrato de Locación a nombre del titular de/de los domicilio/s de explotación.
- Copia certificada de la Habilitación Municipal del lugar de explotación.
- Copia del último pago de ingresos brutos, tasas municipales y tasas provinciales e Impuesto al Valor Agregado.
- Para las sociedades regularmente constituidas: copia del último balance anual certificado por Contador Público Nacional y legalizado por el Consejo Profesional de Ciencias Económicas.
- Para las sociedades de hecho o empresas unipersonales copia de la Declaración Jurada de Ganancias y Actuación Notarial o Certificación por Contador Publico Nacional, legalizado por el Consejo Profesional de Ciencias Económicas que avale la actividad desarrollada y el personal dependiente.
- Aquellos empleadores con menos de un año de gestión, certificación de Contador Público Nacional, legalizado por el Consejo Profesional de Ciencias Económicas, o actuación notarial, de cuál es el giro inicial de la empresa.
- Presentación de certificación bancaria que certifique que el empleador posee una cuenta corriente a través de la cuál abona las remuneraciones a sus trabajadores (“cuenta salario”).
- Presentación de certificación bancaria que certifique la nómina de los trabajadores que perciben las remuneraciones a través de esa modalidad.

BOLETIN OFICIAL
DE LA REPUBLICA ARGENTINA

Nº 29.708

Viernes 10 de Agosto de 2001

Administración Nacional de la Seguridad Social
ASIGNACIONES FAMILIARES
Resolución 740/2001
Requisitos a cumplir para el ingreso al Sistema de Pago Directo de Asignaciones Familiares.

Buenos Aires, 7/8/2001
VISTO:
El expediente 024-99-80646048-2-790 del Registro de esta ADMINISTRACION NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSES); la ley 19.722, la resolución DE-N N° 585 de fecha 27 de junio de 2000, la resolución DE-N N° 96 de fecha 11 de diciembre de 2000; y CONSIDERANDO:
Que por las actuaciones mencionadas en el visto tramita la incorporación de requisitos a cumplir por el empleador para poder acceder al Sistema de Pago Directo de Asignaciones Familiares.
Que la ley 19.722 instituye el Sistema de Pago Directo de Asignaciones Familiares.
Que la resolución DE-N N° 585/2000 establece para la incorporación de los empleadores al Sistema de Pago Directo de Asignaciones Familiares, el cumplimiento de una serie de recaudos.
Que la resolución DE-N N° 96/2000 agregó documentación a ser presentada por los empleadores, a fin de incorporarse al Sistema de Pago Directo de Asignaciones Familiares.
Que esta ADMINISTRACION NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL posee facultades para modificar las condiciones de ingreso al Sistema de Pago Directo de Asignaciones Familiares.
Que la presente tiene como objetivo conferir uniformidad al sistema, respetando asimismo el principio de igualdad ante la ley, consagrado en nuestra Carta Magna, que la jurisprudencia entendió como igualdad de tratamiento ante igualdad de circunstancias, posibilitando también la depuración de los registros y su pertinente actualización, con el objeto de mejorar los controles del mencionado sistema por parte de esta Administración, lo que permitirá otorgarle mayor transparencia, eficacia y eficiencia al mismo, evitando de este modo eventuales maniobras fraudulentas por parte del universo de empleadores, entendiendo por tal a los ya incorporados como a los que se incorporen en el futuro.
Que la Gerencia de Asuntos Jurídicos de esta ADMINISTRACION NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL ha tomado intervención mediante Dictamen N° 16.949 de fecha 27 de junio de 2001.
Que la presente resolución se dicta en uso de las facultades conferidas por el artículo 3° del decreto N° 2741/91, el artículo 36 de la ley 24.241 y el decreto N° 981/01.
Por ello,
EL GERENTE GENERAL A CARGO DE LA INTERVENCION NORMALIZADORA DE LA ADMINISTRACION NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL
RESUELVE:
Artículo 1° — Los empleadores que desarrollan o desarrollen actividades que se encuentran incorporadas al Sistema de Pago Directo de Asignaciones Familiares y las que en el futuro se incorporen, deberán dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la presente.
Art. 2° — Para ingresar al Sistema de Pago Directo de Asignaciones Familiares los empleadores deberán presentar:
a) Nota de solicitud en la cual se detalle la nómina de trabajadores en relación de dependencia y sus cargas familiares;
b) Formulario de Declaración Jurada de Transferencia de Fondo Compensador a Pago Directo (F. PS 2.25);
c) Constancia de la Clave Unica de Identificación Tributaria (CUIT) de la cual surja el alta al Régimen de Empleador del Sistema Unico de Seguridad Social;
d) Constancia de inscripción en el Régimen de Empleador emanada de la autoridad de aplicación;
e) En caso de sociedades regularmente constituidas: fotocopia autenticada del Contrato Social y/o de su Estatuto;
f) En caso de empresas unipersonales: Documento Nacional de Identidad del titular; Constancia de inscripción en el Régimen de Trabajadores Autónomos y comprobante de pago del período inmediato anterior al mes en que se efectúe la presentación;
g) En caso de sociedades de hecho: La misma documentación exigida en el inciso anterior para cada uno de los socios;
h) Formulario de Registro de Firmas Autenticadas (Form. PS 2.22);
i) Constancia de Inscripción en una empresa Aseguradora de Riesgos del Trabajo (ART) debidamente actualizada;
j) Copia del Título de Propiedad o Contrato de Locación, a nombre del titular del/los domicilio/s de explotación;
k) Copia certificada de la Habilitación Municipal del lugar de explotación;
l) Copia del último pago de ingresos brutos, tasas municipales y tasas provinciales e Impuesto al Valor Agregado;

m) Para las Sociedades regularmente constituidas: copia del último balance anual certificado por Contador Público Nacional y legalizado por el Consejo Profesional de Ciencias Económicas.
n) Para las Sociedades de Hecho o Empresas Unipersonales: copia de la Declaración Jurada de Ganancias y Actuación Notarial o Certificación por Contador Público Nacional, legalizado por el Consejo Profesional de Ciencias Económicas, que avale la actividad desarrollada y el personal dependiente;
o) Aquellos empleadores con menos de un año de gestión: certificación de Contador Público Nacional, legalizado por el Consejo Profesional de Ciencias Económicas, o Actuación Notarial, de cuál es el giro inicial de su negocio.
Art. 3° — Esta ADMINISTRACION NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL resolverá, mediante el dictado del Acto Administrativo pertinente, la incorporación o no de las empresas que solicitan el ingreso al Sistema de Pago Directo de Asignaciones Familiares, en base a una evaluación que realizarán conjuntamente las Gerencias de: Prestaciones y Normatización de Prestaciones y Servicios.
Art. 4° — Todos los empleadores incorporados al Sistema de Pago Directo de Asignaciones Familiares de manera transitoria deberán cumplir, en el plazo de NOVENTA (90) días, con los requisitos faltantes estipulados por la presente resolución; caso contrario, serán excluidos del Sistema mencionado.
Art. 5° — La ADMINISTRACION NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL elaborará un cronograma de incorporación de empresas al Sistema de Pago Directo de Asignaciones Familiares.
Art. 6° — Para tener derecho al cobro de las asignaciones familiares los trabajadores deberán entregar a sus empleadores la documentación exigida por la normativa vigente; quienes a su vez, deberán presentarla ante esta ADMINISTRACION NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

Art. 7° — Esta ADMINISTRACION NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL elaborará un procedimiento para verificar la documentación mencionada por el artículo anterior y habilitará el cobro de las asignaciones familiares a los beneficiarios en los casos que cumplan con los requisitos exigidos por las normas vigentes.

Art. 8° — Los empleadores con menos de SEIS (6) meses de actividad previa a la solicitud de incorporación al Sistema de Pago Directo de Asignaciones Familiares, serán verificados por esta Administración Nacional, de la manera que este Organismo oportunamente lo indique.

Art. 9° — La ADMINISTRACION NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL conserva, con posterioridad al pago, todas las funciones de contralor que le son propias y las facultades de producir las modificaciones, observaciones, correcciones intimaciones o compensaciones con saldos resultantes de futuras liquidaciones, que correspondan.

Art. 10. — Las Federaciones Sindicales, Asociaciones Sindicales y Cámaras Empresariales podrán solicitar la incorporación de las actividades y/o empresas al Sistema de Pago Directo de Asignaciones Familiares.

Art. 11. — Deróganse las resoluciones: DE-N N° 585 de fecha 27 de junio de 2000, DE-N N° 96 de fecha 11 de diciembre de 2000 y DE-N N° 188 de fecha 23 de febrero de 2001.

Art. 12.-Registrese, comuniquese, publiquese, dese a la DIRECCIÓN NACIONAL DEL REGISTRO OFICIAL y archivese - Douglsa H. Lyall

Form. PS.2.25

Solicitud en Carácter de Declaración Jurada para la Transferencia del Fondo Compensador a Pago Directo

Frente

P.D. COD. "1" ☐ FONDO COMP. y P.D. COD. "2" ☐

Rubro 1- Datos del Empleador

CUIT

Lugar y Fecha:_____ ____/____/____

Apellido/s y Nombre/s o Razón Social			
Domicilio Legal - Calle o Ruta	Número o Km.	Piso	Depto.
Cód. Postal / Localidad / Provincia / Teléfono			

Rubro 2 - Ramos de Actividades

Actividades	Fecha Inic. de Activ.			Fecha Ocup. Pers.			Cantidad de Trabajadores	
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Permanente	Transitorio

Rubro 3 - Lugares de Explotación

Principal o Unica Localidad - Departamento - Provincia
Secundaria - Localidad - Departamento - Provincia
Secundaria - Localidad - Departamento - Provincia
Secundaria - Localidad - Departamento - Provincia

En mi carácter de (x) _____ . Declaro bajo juramento que los datos consignados son el reflejo fiel de la verdad y no se ha omitido ninguno. Notificándome que la inclusión en el sistema de Pago Directo se limitará al personal específicamente afectado a la actividad_____ . En este acto me comprometo a pagar los subsidios y asignaciones al personal, hasta la fecha de su inclusión en el Sistema de Pago Directo y cumplir con los aportes y declaraciones a cargo del empleador, en el Sistema de Pago Directo, en el Sistema del Fondo Compensador, o en ambos Sistemas.

Lugar y Fecha: _____ ___/___/___ Tipo y N° de Documento de Identidad _____

(X) Propietario/Gerente/Apoderado/Representante Legal

Autenticación de Firma

Firma y Aclaración

Recepción	Procesado
Firma y Sello	Firma y Aclaración

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social

Form. PS.2.25

Solicitud en Carácter de Declaración Jurada para la Transferencia del Fondo Compensador a Pago Directo

CUIT

Recepción

Firma y Sello

Apellido/s y Nombre/s o Razón Social

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social

Talón para el Empleador

Form. PS2.25 (Dorso)

Instrucciones

Este formulario se debe completar en letra de imprenta, sin tachaduras ni enmiendas.

Rubro 1- Datos del Empleador

Lugar y Fecha: Consignar lugar y fecha en que se cumplimenta la solicitud.
N° CUIT: Consignar correctamente el N° de CUIT asignado por la DGI., la omisión de este impedirá la recepción y el procesamiento de su solicitud.
Razón Social: Consignar el Apellido/s y Nombre/s o Razón Social completos, consignar denominación de la firma tal como figura en Estatutos y Contratos sin cambios, abreviaturas u omisiones. Tratándose de Sociedades de Hecho, no deberán consignar nombres de fantasía sino los nombres y apellidos completos de todos sus integrantes.
Todo cambio de razón social debe ser comunicado inmediatamente a ANSES.
Domicilio: Se referirá al asiento principal del negocio (dónde se encuentra).
Calle: Se indicará con la mayor precisión. En caso de tratarse de domicilio sin calle y/o número, se deberá consignar indefectiblemente todos los datos que sean necesarios para lograr su ubicación en forma inmediata. (nombre de la finca, estancia, número de manzana, circunscripción, etc.).
Localidad: Consignar el nombre de la ciudad, localidad o paraje a que corresponda el domicilio de la firma y el código postal correspondiente.
Provincia: En ningún caso omitir este dato.

Rubro 2 - Ramo de Actividades

Ramo de Actividades: Indicar por orden de importancia, (a efectos de su correlación con lo declarado en el Rubro 3), el o los ramo/s que explota la empresa.
Fecha de Iniciación de Actividades: Deberá indicarse en cada caso la fecha de iniciación de actividades.
Fecha desde la que ocupa personal: Consignar el día, mes y año desde el que ocupa personal.
Cantidad de Trabajadores: Consignará expresamente la cantidad de personal permanente y transitorio.

Rubro 3 - Lugares de Explotación

Localidad: Indicar el nombre de la ciudad, localidad o paraje donde se efectúa/n la/s explotación/es.
Departamento: Indicar el nombre del/los departamento/s al/los que pertenece/n la/s localidad/es.
Provincia: En ningún caso omitir este dato.
Autenticación de Firma: a los efectos de la autenticación de su firma, el empleador presentará la solicitud ante Autoridad Policial, Juez de Paz, Escribano Público, Banco o Funcionario del ANSES autorizado al efecto.

Documentación Controlada (Presentar Original y Copia)

- ☐ Poder
- ☐ Ticket de Pago del mes anterior al que se solicita el alta
- ☐ Registro de Firmas Autenticadas (Form. PS2.22)
- ☐ Constancia de Inscripción al Régimen de Empleador de la AFIP
- ☐ Contrato / Estatuto Social
- ☐ Constancia de Inscripción Actualizada en una A.R.T.
- ☐ Constancia de Inscripción al Régimen de Trabajadores Autónomos.
- ☐ D.N.I. del Titular / Socios

Cualquier otra documentación probatoria de la actividad debe ser correctamente detallada a continuación:

_____

_____

_____ _____

Firma y Aclaración Agente Receptor — Firma y Aclaración Responsable UDAI

Observaciones: _____

_____

EL PRESENTE FORMULARIO REVISTE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, DEBIENDO SER COMPLETADO SIN OMITIR NI FALSEAR NINGUN DATO, SUJETANDO A LOS INFRACTORES A LAS PENALIDADES PREVISTAS EN LOS ARTICULOS 172 Y 292 DEL CODIGO PENAL PARA LOS DELITOS DE ESTAFA Y FALSIFICACION DE DOCUMENTOS.

ANSES

Form. PS.2.22

Registro de Firmas Autenticadas

Frente

Este Formulario se debe completar en letra de imprenta, sin tachaduras ni enmiendas

N° de CUIT

Fecha Presentación de la Autorización

Día	Mes	Año

Nombre o Razón Social del Empleador	N° de Teléfono

Domicilio	Cód. Postal	Localidad	Provincia

En mi/nuestra calidad de _____ autorizo/amos a la/s persona/s indicada/s al dorso a representar a la Razón Social arriba señalada en sus actuaciones ante ANSES.

Firma y Aclaración

Firma y Aclaración

Certifico que la/s firma/s que antecede/n son auténtica/s

Firma y Sello del Certificante

Lugar: _____ Fecha ____/____/____

La autenticación de la Firma deberá ser realizada ante Escribano Público, Juez de Paz, Autoridad Policial, Entidad Bancaria o Funcionario de ANSES Autorizado.

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social

Form. PS.2.22 (Dorso)

Datos de los Representantes Autorizados

1

Apellido/s y Nombre/s Completos	Tipo y N° de Documento	N° de Teléfono

Domicilio	Cód. Postal	Localidad	Provincia

2

Apellido/s y Nombre/s Completos	Tipo y N° de Documento	N° de Teléfono

Domicilio	Cód. Postal	Localidad	Provincia

1

Firma y Aclaración

2

Firma y Aclaración

Certifico que la/s firma/s que antecede/n es/son auténtica/s

Firma y Sello del Certificante

Lugar: _____ Fecha ____/____/____