



Ministerio de Trabajo,  
Empleo y Seguridad Social

ANEXO II

PROGRAMA DE INSERCIÓN LABORAL  
CARTA DE ADHESIÓN PARA EMPLEADORES PRIVADOS

I. LÍNEA DE ACCIÓN (TILDAR SEGÚN CORRESPONDA)							
LÍNEA DE PROMOCIÓN DEL EMPLEO ASALARIADO	EN EL SECTOR PRIVADO		COMÚN		<input type="checkbox"/>		
			REGIÓN PATAGÓNICA		<input type="checkbox"/>		
			INTERCOSECHA		<input type="checkbox"/>		
	PARA TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD		<input type="checkbox"/>				
	EN EL MARCO DEL PROGRAMA NACIONAL PARA LA TRANSFORMACIÓN PRODUCTIVA		EMPRESAS DINÁMICAS		<input type="checkbox"/>		
			EMPRESAS NO DINÁMICAS		<input type="checkbox"/>		
EN EL MARCO DEL DECRETO N° 304/17		<input type="checkbox"/>					
II. DATOS DE LA EMPRESA							
RAZÓN SOCIAL							
C.U.I.T.							
FORMA JURÍDICA							
SECTOR DE ACTIVIDAD DE LA EMPRESA				AMBITO		RURAL <input type="checkbox"/>	
						URBANO <input type="checkbox"/>	
REPRESENTANTE LEGAL				DNI/LE/LC N°			
DOMICILIO FÍSICO		CALLE		N°		C.P.	
LOCALIDAD		MUNICIPIO					
PROVINCIA							
DOMICILIO ELECTRÓNICO (RESOLUCIÓN MTEySS N° 344/20)		CORREO ELECTRÓNICO		TELÉFONO CELULAR			
DOTACIÓN ACTUAL DE TRABAJADORES				DOTACIÓN AL 31/12/16 (SÓLO DTO. 304/17)			
TIPO DE EMPRESA SEGÚN DOTACIÓN DE PERSONAL		MICRO		PEQUEÑA		MEDIANA	
						GRANDE	
III. PLAZO DE INCORPORACIÓN DE TRABAJADORES							
FECHA DE INICIO 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	
<b>1. LEY N° 20.744 (T.O. 1976) (LEY DE CONTRATO DE TRABAJO)</b>							
A. CONTRATO DE TRABAJO POR TIEMPO INDETERMINADO –JORNADA COMPLETA (ART.90)							
B. CONTRATO DE TRABAJO POR TIEMPO INDETERMINADO – JORNADA PARCIAL (ART. 92 TER)							
C. CONTRATO DE TRABAJO POR TIEMPO INDETERMINADO – CONTRATO DE TEMPORADA (ART. 96)							
D. CONTRATO DE TRABAJO A PLAZO FIJO (ART. 93) (ACOMPañAR COPIA DE CONTRATO – MÍNIMO CUATRO MESES)							
<b>2. LEY N° 22.250 (RÉGIMEN LEGAL DE TRABAJO EN LA INDUSTRIA DE LA CONSTRUCCIÓN)</b>							
<b>3. LEY N° 26.727 (RÉGIMEN DE TRABAJO AGRARIO)</b>							
A. CONTRATO DE TRABAJO AGRARIO PERMANENTE DE PRESTACIÓN CONTINUA (ART. 16)							
B. CONTRATO DE TRABAJO AGRARIO PERMANENTE DISCONTINUO (ART. 18)							
C. CONTRATO DE TRABAJO AGRARIO TEMPORARIO.(ART 17)							
<b>TOTAL</b>							



Ministerio de Trabajo,  
Empleo y Seguridad Social

“2020 - AÑO DEL GENERAL MANUEL BELGRANO”

V. NÓMINA DE TRABAJADORES/AS A INCORPORAR										
Nº DE ORDEN	APELLIDO Y NOMBRE	C.U.I.L.	FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A)	¿ESTÁ EN UN PROGRAMA?	PROGRAMA Y/O COLECTIVO POBLACIONAL AL QUE PERTENECE	PUESTO	TIPO DE CONTRATACIÓN (COMPLETAR CON LA NUMERACIÓN DEL PUNTO IV. EJ. 1.A.)	MONTO EN PESOS DEL SALARIO BRUTO	MONTO A CARGO DEL PROGRAMA	DISCAPACIDAD No/Si (INDICAR TIPO, ACOMPAÑAR CERTIFICADO Y COMPLETAR INFORMACIÓN)
1.				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
2.				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
3.				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
4.				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
5.				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
6.				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
INFORMACIÓN SOBRE DISCAPACIDAD (DIAGNÓSTICO – ENTE EMISOR DEL CERTIFICADO – FECHA DE VENCIMIENTO)										
DOMICILIO DONDE SE DESEMPEÑARÁN LOS/LAS TRABAJADORES/AS:										



*Ministerio de Trabajo,  
Empleo y Seguridad Social*

**VI. ADHESIÓN.**

En mi carácter de titular/representante legal/apoderado/a de la Empresa, cuyos datos se consignan en el Apartado II del presente Formulario, adhiero al PROGRAMA DE INSERCIÓN LABORAL y solicito la incorporación al citado Programa de las/los trabajadoras/as que se identifican en el Apartado V del presente Formulario. A tal efecto y en el carácter antes invocado, manifiesto conocer y aceptar la normativa regulatoria del PROGRAMA DE INSERCIÓN LABORAL (Resolución del MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL N° 45/06 y Resolución de la SECRETARÍA DE EMPLEO N° 2186/10 y sus normas modificatorias y complementarias), que la empresa por mí representada cumple con los requisitos de accesibilidad y nuestro compromiso de cumplir con las obligaciones establecidas por el referido Programa. Asimismo, declaro estar facultado/a para suscribir la presente adhesión y constituyo domicilio a todos los efectos que se deriven de la participación en el PROGRAMA DE INSERCIÓN LABORAL en los domicilios declarados en el Apartado II presente Formulario, teniendo conocimiento y aceptando lo normado por la Resolución del MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL N° 344/20, en materia de notificaciones por medios electrónicos. 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/la suscribiente.

Sello y Firma de Recepción de la AT / OE .....
Aclaración .....
Lugar y fecha .....

**La presentación y recepción de la presente Carta de Adhesión no implica la aprobación de la adhesión de la empresa al Programa, la cual estará sujeta a los controles y evaluaciones establecidos por su reglamentación.**

**VII. PARA COMPLETAR POR UNIDADES ORGANIZATIVAS DE LA SECRETARÍA DE EMPLEO**

NÚMERO DE PROYECTO (PLATAFORMA INFORMÁTICA)		REQUISITOS DE ACCESIBILIDAD	CUMPLE <input type="checkbox"/>	NO CUMPLE <input type="checkbox"/>
---	--	-----------------------------	---------------------------------	------------------------------------

JUSTIFICACIÓN/OBSERVACIONES:

Firma y Aclaración del Evaluador/a de la Agencia Territorial .....
Lugar y fecha .....

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN	APROBADA <input type="checkbox"/>	RECHAZADA <input type="checkbox"/>
----------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

JUSTIFICACIÓN/OBSERVACIONES:

Firma y Aclaración del/la Autoridad Responsable de la Aprobación y/o Rechazo .....
Lugar y fecha .....



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional  
2020 - Año del General Manuel Belgrano

**Hoja Adicional de Firmas**  
**Anexo**

**Número:**

**Referencia:** ANEXO II PIL

---

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 3 pagina/s.