

Razón social:TAMECAS S R L

N° de C.U.I.T:30-55481283-6

Domicilio:PUEYRREDON N°:5321 Piso:-- Dpto: Cód. Postal:2000 Localidad:ROSARIO SUD Provincia:SANTA FE

N° Inscripción:	Actividad de la firma:Fabricación de muebles y partes de muebles, principalmente	Teléfono:4819666	Fuente documental de lo que certifica:Documentación Rubricada
-----------------	--	------------------	---

Apellido y Nombre/s completo/s del afiliado:HAFFNER ALEX ISAIAS	Fecha de nacimiento:05/05/2004
---	--------------------------------

Afiliado N°:	L.E. - L.C. - D.N.I. N°:	C.I. N°:	Expedida por:
--------------	--------------------------	----------	---------------

SERVICIOS PRESTADOS
CARACTER DE LOS SERVICIOS (1)
Fecha Desde Fecha Hasta Años Meses Días

Servicio Común	12/2022	03/2023	0	2	23
----------------	---------	---------	---	---	----

(1) Comunes, privilegiados, insalubres, docentes, docentes al frente de grado.

Total Nominal:	Años 0 Meses 2 Días 23
----------------	------------------------

(2) Según cuadro correspondiente.

(2) Total Interrupciones:

Fecha de inicio de la Relación Laboral: 12/12/2022

Fecha de Fin de la Relación Laboral: 03/03/2023

Año 2023

Remuneraciones de Afiliado(*)	S.A.C.	Oficio u Ocupación	Caracter de los Servicios	Meses	Días	Horas
01	105841,74	0,00	INGRESANTE	001 - Servicios Comunes	0	31 000
02	117471,20	0,00	INGRESANTE	001 - Servicios Comunes	0	28 000
03	18550,47	20119,38	INGRESANTE	001 - Servicios Comunes	0	3 000
TOTALES	241863,41	20119,38		2	3	0

Año 2022

Remuneraciones de Afiliado(*)	S.A.C.	Oficio u Ocupación	Caracter de los Servicios	Meses	Días	Horas
12	101269,28	5228,58	INGRESANTE	001 - Servicios Comunes	0	20 000
TOTALES	101269,28	5228,58		0	20	0

Detalle de las Ausencias y Licencias sin goce de sueldo

N° de C.U.I.L.

Apellido y Nombre

IMPORTANTE: La certificación de la identidad y documento del Empleador o persona autorizada deberá realizarla autoridad bancaria, previsional, judicial o notarial.

DOMICILIO DE RADICACION DE LA FUENTE DOCUMENTAL PUEYRREDON 5321
Observaciones

FIRMA DEL EMPLEADOR O AUTORIZADO

Apellido y nombres del Empleador o Autorizado: MONTERO GONZALO MARTIN	Firma Empleador
Tipo y número de documento: D.N.I 20298739	
fecha y lugar: 31/03/2023 Rosario	

CERTIFICACION DE FIRMA

Certifico que la firma que antecede fue puesta ante mi y responde a: quien acredita su identidad con: expedida por: Lugar y Fecha:	firma y sello aclaratorio del certificante
---	---