

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, principalment d	Teléfono:4819666	Fuente documental de lo que certifica:Documentación Rubricada
-----------------	--	------------------	---

Apellido y Nombre/s completo/s del afiliado:VELGARA ALAN NICOLAS	Fecha de nacimiento:04/11/2002
--	--------------------------------

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 Dias

Servicio Común	12/2022	03/2023	0	2	22
----------------	---------	---------	---	---	----

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

Total Nominal:	Años 0 Meses 2 Dias 22
----------------	------------------------

(2) Según cuadro correspondiente.

(2) Total Interrupciones:

Fecha de inicio de la Relación Laboral: 13/12/2022

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

Página 1 de 3

Año 2023

Remuneraciones de Afiliado(*)	S.A.C.	Oficio u Ocupación	Caracter de los Servicios	Meses	Días	Horas
01	98098,00	0,00 PEON	001 - Servicios Comunes	0	31	000
02	103757,50	0,00 PEON	001 - Servicios Comunes	0	28	000
03	16843,20	17770,62 PEON	001 - Servicios Comunes	0	3	000
TOTALES	218698,70	17770,62		2	3	0

Año 2022

Remuneraciones de Afiliado(*)	S.A.C.	Oficio u Ocupación	Caracter de los Servicios	Meses	Días	Horas
12	77077,00	3770,07 PEON	001 - Servicios Comunes	0	19	000
TOTALES	77077,00	3770,07		0	19	0

Página 2 de 3

DOMICILIO DE RADICACION DE LA FUENTE DOCUMENTAL PUEYRREDON 5321
Observaciones

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.

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:	firma y sello aclaratorio del certificante
Lugar y Fecha:	