ANEXO II - Declaración de Nómina afectada al Servicio

FECHA:	02/02/2022

EMPRESA:

Fenixlimp SA

SUBCONTRATISTA DE:

Descripción del Servicio / Obra:	
Email:	presidente@fenixsa.com.ar
Teléfono:	1143724555

Ref. Afiliación Sindical: Indicar Asociación Sindical a la cual el recurso se encuentra afiliado. En caso que No se encuentre afiliado, completar con una "X"

Ref. Tipo de Contrato: 1- Tiempo Indeterminado 2- Período de Prueba 3- Plazo Fijo 4- Eventual 5-Autónomo/Monotributista 6- Otros

Ref. Tipo de Tarea: A- No se desempeña como Chofer C- Se desempeña como Chofer

Apellido y Nombre	C.U.I.L./ C.U.I.T.	Nacionalidad	Afiliación Sindical	Tipo de Contrato	Fecha de Ingreso (Alta AFIP)	Fecha de Afectación al Servicio	Sexo (F / M)	Tipo de Tarea (A / C)
JUAREZ EMANUEL ANTONIO	20434002398	Argentina	x	2	19/7/2021	20/10/2021	M	A
MARTINEZ KAREN MARIEL	27356455083	Argentina	x	2	27/4/2021	27/4/2021	F	A
ASTI ROA AGUSTIN EMMANUEL	20417229680	Argentina	x	2	17/1/2022	17/1/2022	M	A
TORRES HUGO ROMAN EZEQUIEL	20432654118	Argentina	x	2	18/1/2022	18/1/2022	M	A



Firma del Responsable de la Empresa

Roberto Vicentini Presidente

Aclaración

Buenos Aires 02/02/2022

Lugar y Fecha