DECLARACIÓN JURADA DE RECURSOS

SUPERVIELLE

FECHA de envío de documentacion: 3/12/2023

N° OC:

PERÍODO INFORMADO: Dec-23

CONTRATISTA: TEAM QUALITY S.A. CUIT: **30-64876883-0**

SUBCONTRATISTA: CUIT:

OBRA/SERVICIO:

NOMBRE CONTACTO: Emiliano La Rocca MAIL: rrhh@tqcorp.com TEL: (54 11) 7700 8787

NOMINA DEL TOTAL DEL PERSONAL AFECTADO A LAS TAREAS

Modalidad de contratacion	N° de C.U.I.L.	APELLIDO Y NOMBRE	CATEGORIA (Cargo o puesto operativo)	C.C.T	Ubicación	Estado	FECHA DE AFECTACION A BANCO SUPERVIELLE	FECHA DE EGRESO - SUPERVIELLE
Personal en relacion de dependencia	20-37030274-0	Maqueda Javier	Desarrollador	no		Alta		
Personal en relacion de dependencia	20-17636021-7	Sarthou Fernando Emilio	Desarrollador	no		Alta		
Personal en relacion de dependencia	20-25765786-9	Scotta Hernan	Desarrollador	no		Alta		
Personal en relacion de dependencia	20-26403979-8	Larrimbre Felipe Daniel	Desarrollador	no		Alta		
Personal en relacion de dependencia	27-35451723-5	Solis Maria Silvia	QA	no		Alta		

CANTIDAD TOTAL DEL PERSONAL AFECTADO A LAS TAREAS

Por la presente manifiesto, con carácter de Declaración Jurada y como Presidente (ó Apoderado) de la empresa, que la nómina expuesta resulta ser el TOTAL de personal afectado a las tareas encomendadas en el/los contratos vigentes.

FIRMA

ACLARACION Patricia Megide

CONTRATISTA

APODERADO ó REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA

ACLARACION

SUBCONTRATISTA

APODERADO ó REPRESENTANTE LEGAL

El original, con todas las firmas, debe ser presentado junto a la documentación previsional.

DECLARACIÓN JURADA DE RECURSOS

SUPERVIELLE

FECHA de envío de documentacion: 5/3/2024

N° OC:

PERÍODO INFORMADO: Mar-24

CONTRATISTA: TEAM QUALITY SA CUIT: **30-64876883-0**

SUBCONTRATISTA: ROCHEL SRL CUIT: **30-71330260-7**

OBRA/SERVICIO:

NOMBRE CONTACTO: Emiliano La Rocca MAIL: rrhh@tqcorp.com TEL: (54 11) 7700 8787

NOMINA DEL TOTAL DEL PERSONAL AFECTADO A LAS TAREAS

Modalidad de contratacion	N° de C.U.I.L.	APELLIDO Y NOMBRE	CATEGORIA (Cargo o puesto operativo)	C.C.T	Ubicación	Estado	FECHA DE AFECTACION A BANCO SUPERVIELLE	FECHA DE EGRESO - SUPERVIELLE
Personal en relacion de dependencia	**20-20568554-6**	Gimenez Fernando	Desarrollador	no		Alta		

CANTIDAD TOTAL DEL PERSONAL AFECTADO A LAS TAREAS

Por la presente manifiesto, con carácter de Declaración Jurada y como Presidente (ó Apoderado) de la empresa, que la nómina expuesta resulta ser el TOTAL de personal afectado a las tareas encomendadas en el/los contratos vigentes.

FIRMA

ACLARACION Patricia Megide

CONTRATISTA

APODERADO ó REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA

ACLARACION

SUBCONTRATISTA

APODERADO ó REPRESENTANTE LEGAL

El original, con todas las firmas, debe ser presentado junto a la documentación previsional.

NOMINA DEL TOTAL DEL PERSONAL AFECTADO A LAS TAREAS								
Modalidad de contratacion	Nº de C.U.I.L.	APELLIDO Y NOMBRE	CATEGORIA (Cargo o puesto operativo)	C.C.T	Ubicación	Estado	FECHA DE AFECTACION A BANCO SUPERVIELLE	FECHA DE EGRESO - SUPERVIELLE