# DECLARACIÓN JURADA DE RECURSOS

SUPERVIELLE

FECHA de envío de documentacion: 3/7/2024

N° OC:

PERÍODO INFORMADO: Jul-24

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

**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: 3/7/2024

N° OC:

PERÍODO INFORMADO: Jul-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 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |