Simplificación Registral

CONSTANCIA DEL TRABAJADOR
Alta

Original para el empleador, duplicado para el empleado.

Empleador:	CUIT: 30-71534377-7

Nombre y apellido o Denominación: CIPE SOLUTIONS SA

Datos del Empleado

Apellido y nombre: RIVERA SONIA SABRINA

CUIL: 27-21493307-7

Fecha Inicio: 08/10/2018	**Fecha Cese:**	**Obra Social:** 118606 - O.S.DEL PERSONAL DE LA PUBLICIDAD
Modalidad de contrato: 001 - A tiempo parcial: Indeterminado/permanente		**Situación de Revista:** 01 - Activo
ART vigente: 00221 - EXPERTA ASEGURADORA DE RIESGO DE TRABAJO SA		**Regimen:** SIPA
Contrato: 12/2016		**Agropecuario:** NO

Tipo servicio: 000 - SERVICIOS COMUNES CONTINUOS

Convenio colectivo: 0130/75 - COMERCIO - CONFEDERACION GENERAL EMPLEADOS DE COMERCIO DE LA REPUBLICA ARGENTINA c/ COMISION COORDINADORA PATRONAL DE ACTIVIDADES MERCANTILES Y OTRAS. - CONFEDERACION GENERAL EMPLEADOS DE COMERCIO DE LA REPUBLICA ARGENTINA c/ COMISION COORDINADORA PATRONAL DE ACTIVIDADES MERCANTILES Y OTRAS.

Categoria: 007604 - CATEGORIA B - ADMINISTRATIVO	**Puesto:** 4190 - Otros oficinistas
Retrib. pactada: $12000,00	**Mod. Liq.:** 1 - MES

Domicilio de explotación: SUIPACHA 207 1 "114" Cod. Postal 1008, CIUDAD AUTONOMA BUENOS AIRES

Actividad económica: 749900 - SERVICIOS EMPRESARIALES N.C.P.

Alta

Clave: CA 58935970770854739496	
Fecha - hora de envío: 2018-10-03 - 17:34:15 hs.	Firma empleado y fecha de notificacion

Fecha de impresión: 03/10/2018

Fecha de alta telefónica	

Talón para el empleador (Original)

CiPe Solutions

FICHA DE EMPLEADOS

DECLARACION DE INFORMACION

NOMBRES	SONIA SABRINA
APELLIDO	RIVERA
FECHA DE NACIMIENTO	03/04/70
ESTADO CIVIL	SOLTERA
HIJOS	1
DNI	21493307
CUIL	27-21493307-7
NIVEL DE ESTUDIOS	TERCIARIO
CARRERA E INSTITUCION	AUXILIAR DE FARMACIA
LUGAR Y DIAS QUE CURSA	— FINALIZADO
CON QUIEN VIVE	CON MI HIJA
DOMICILIO COMPLETO PARTICULAR	SOLDADO DE LA FRONTERA 5130 3°D
CODIGO POSTAL	1439
LOCALIDAD	CABA
TELEFONO	—
CELULAR	1554121524
E-MAIL	rivera sonia sabrina@gmail.com
FECHA DE ALTA	08/10/18
REMUNERACION ACORDADA(NETO BOLSILLO)	
JORNADA LABORAL (DIAS Y HORARIOS)	LUN A VIER 14:30 A 20 HS
CATEGORIA/TAREA A DESARROLLAR	COBRANZA
OBRA SOCIAL	VISITAR
FAMILIARES A CARGO	Hijo
NOMBRE Y APELLIDO	FLORENCIA HEREDIA
FECHA DE NACIMIENTO	15/09/2000
DNI	42820080
DATOS DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	
NOMBRE Y APELLIDO	FABIAN CABRAL
RELACION O PARENTESCO	PAREJA
TELEFONO	1531282780

Quedo advertido que es mi obligacion informar a la empresa por escrito cualquier cambio de domicilio y que seran válidas todas las comunicaciones que se me cursen al domicilio indicado, en tanto no haya notificado formalmente a la empresa su cambio.

FIRMA Y ACLARACION SONIA RIVERA