ADMINISTRACION FEDERAL

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: DUARTE CLAUDIA JAQUELINE

CUIL: 27-36884479-4

Fecha Inicio: 10/06/2019	**Fecha Cese:**	**Obra Social:** 100304 - O.S.DE TECNICOS DE VUELO DE LINEAS AEREAS
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 2 "216" Cod. Postal 1008, CIUDAD AUTONOMA BUENOS AIRES

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

Alta

Clave: CA 78047271287456869586	10/06/19
Fecha - hora de envío: 2019-06-08 - 10:37:40 hs.	Firma empleado y fecha de notificacion

Fecha de impresión: 08/06/2019

Fecha de alta telefónica	

Talón para el empleador (Original)

CiPe Solutions

FICHA DE EMPLEADOS

DECLARACION DE INFORMACION

NOMBRES Claudia Jaqueline

APELLIDO Duarte

FECHA DE NACIMIENTO 31/05/92

ESTADO CIVIL Soltera

HIJOS NO

DNI 36.884.479

CUIL 27-36884479-4

NIVEL DE ESTUDIOS Secundario

CARRERA E INSTITUCION

LUGAR Y DIAS QUE CURSA

CON QUIEN VIVE Padre y hermana

DOMICILIO COMPLETO PARTICULAR Jorge Newbery 1300 dto 11B

CODIGO POSTAL 1643

LOCALIDAD Beccar

TELEFONO

CELULAR 11-2452-5320

E-MAIL duarte_cjaqueline@live.com

CTA BANCARIA para cobro de haberes

Solitica apertura de cuenta: SI o NO . En caso negativo informar los siguientes datos dentro de las pròximas 72

Banco Nro. de cuenta CBU

FECHA DE ALTA

REMUNERACION ACORDADA(NETO BOLSILLO)

JORNADA LABORAL (DIAS Y HORARIOS) . Lunes a Viernes de 10hs a 14hs

CATEGORIA/TAREA A DESARROLLAR Telecolaboranza

OBRA SOCIAL Obra Social del Hospital Alemán

FAMILIARES A CARGO

NOMBRE Y APELLIDO

FECHA DE NACIMIENTO

DNI

DATOS DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE Y APELLIDO Iraola Martín

RELACION O PARENTESCO Padre

TELEFONO 11-6974-3537

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 Jaqueline Duarte