

ANSES

Form.
PS.6.2

Certificación de Servicios y Remuneraciones

Frente

CUIL
2,7|3,1,8,0,9,9,5,6|.

Apellido/s y Nombre/s del Empleador Certificante INSTITUTO NORTE ARGENTINO S.H		Domicilio AYACUCHO 213		Cód. Postal 4000	CUIT 3,3 6,9,7,2,1,6,0,7 9
Inscripción N°	Actividad de la Firma EDUCACION	Teléfono 4,2,2,9,8,0,4,1		Fuente Documental de lo que Certifica PLANILLA DE LIQUIDACION DE HABERES	

Apellido/s y Nombre/s del Afiliado ARGAÑARAS BEATRIZ ELIZABETH	Fecha de Nacim.	Afiliado N°	Cl. N°	Expedida por	Tipo y N° de Documento 3,1,8,0,9,9,5,6
---	-----------------	-------------	--------	--------------	---

Servicios Prestados: Carácter de los Servicios (1)	Tareas Comunes	Fecha Desde Día Mes Año	Fecha Hasta Día Mes Año	Tiempo Año Mes Día
DOCENTE AL FRENTE DE GRADO		25/05/2016	30/04/2018	01/11/05
AYACUCHO 237 DR. JUAN RODOLFO ECIOFF REPRESENTANTE LEGAL				

(1) Indicar: Comunes, Privilegiados, Insalubres Docentes y Docentes al frente de grado

(2) Detallar al dorso las interrupciones

Extinción del contrato de trabajo o relación de empleo público

☒ Sí ☐ No

Fecha

30/04/2018

No:

Total Nominal

0,1|1,1|0,5

Total Interrupciones (2)

0,0|0,0|0,0

Año: 2016				Año: 2017			
Remuneraciones del Afiliado (*)		SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo		Remuneraciones del Afiliado (*)
					Ms.	Ds.	
						Hs.	
01							01 4907.47
02							02 4907.47
03							03 8244.55
04							04 5496.37
05	4454.48		PROF.	DOC.F.GRADO			05 5496.37
06	4887.55		PROF.	DOC.F.GRADO			06 7557.51
07	4454.48		PROF.	DOC.F.GRADO			07 5496.37
08	48907.47		PROF.	DOC.F.GRADO			08 5496.37
09	5655.27		PROF.	DOC.F.GRADO			09 6036.19
10	9814.95		PROF.	DOC.F.GRADO			10 6036.19
11	9814.95		PROF.	DOC.F.GRADO			11 6036.19
12	14722.42		PROF.	DOC.F.GRADO			12 9054.29
Total:							Total:

Año:2018		SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo			Año:		SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo		
Remuneraciones del Afiliado (*)					Ms	Ds	Hs	Remuneraciones del Afiliado (*)					Ms.	Ds.	Hs.
01	3018.10		PROF.	DOC.F.GRADO				01							
02	3062.26		PROF.	DOC.F.GRADO				02							
03	3062.26		PROF.	DOC.F.GRADO				03							
04	4724.63		PROF.	DOC.F.GRADO				04							
05								05							
06								06							
07								07							
08								08							
09								09							
10								10							
11								11							
12								12							
Total:								Total:							

Año:		SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo			Año:		SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo			
Remuneraciones del Afiliado (*)					Ms	Ds	Hs	Remuneraciones del Afiliado (*)					Ms	Ds	Hs	
01								01								
02								02								
03								03								
04								04								
05								05								
06								06								
07								07								
08								08								
09								09								
10								10								
11								11								
12								12								
Total:								Total:								

Año:		SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo			Año:		SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo		
Remuneraciones del Afiliado (*)					Ms	Ds	Hs	Remuneraciones del Afiliado (*)					Ms.	Ds.	Hs.
01								01							
02								02							
03								03							
04								04							
05								05							
06								06							
07								07							
08								08							
09								09							
10								10							
11								11							
12								12							
Total:								Total:							

Año:		SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo			Año:		SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo		
Remuneraciones del Afiliado (*)					Ms	Ds	Hs	Remuneraciones del Afiliado (*)					Ms	Ds	Hs
01								01							
02								02							
03								03							
04								04							
05								05							
06								06							
07								07							
08								08							
09								09							
10								10							
11								11							
12								12							
Total:								Total:							

Form. F562 (Dorso 2)

Año:	SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo		
				Ms	Ds	Hs
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						
Total:						

Detalle de Ausencias y Licencias en Goce de Sueldo		
Fecha Desde	Fecha Hasta	Tiempo a Deducir

Tiempo Total a Deducir

--	--	--	--

Datos Complementarios del Empleador									
Domicilio de radicación de la fuente documental: Calle AYACUCHO			Número 2 1 5	Piso 1	Depto. 1	Cód. Postal 4000	Localidad S.M. DE TUCUMAN	Prov. 1	Teléfono 4 2 2 9 8 0 4
Observaciones:									

Firma del Empleador o Autorizado		
Apellido/s y Nombre/s EGLOFF, JUAN RODOLFO	Tipo y N° de Documento D U 8 0 8 2 1 4 3	Prov Emis. 1 1

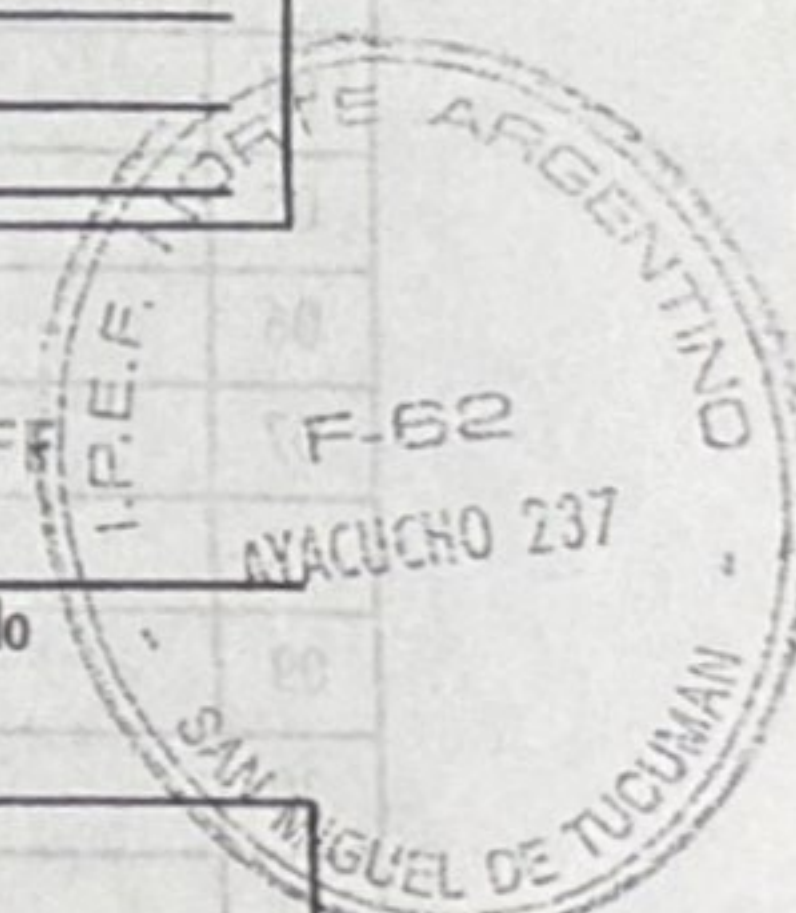
Lugar y Fecha

Firma del Empleador o Autorizado

Certificación de Firma

Certifico que la firma que antecede fue puesta ante mí y corresponde a _____, quien acredita su identidad con N° _____ expedida por _____		Lugar y Fecha _____	Firma y Sello Aclaratorio de la Autoridad Certificante _____
--	--	------------------------	---

Importante:
La certificación de la identidad y
documento del empleador o
persona autorizada deberá realizarla
autoridad bancaria, previsional,
judicial o notarial.



Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Frente

N° de CUIL										
2	7	3	1	8	0	9	9	5	6	7

Empleador Certifica INSTITUTO NORTE ARGENTINO S.H		Domicilio AYACUCHO 213		Cód.Postal 4 0 0 0	
Apellido y Nombre/S ARGAÑARAS BEATRIZ ELIZABETH			N° de CUIT 3 3 6 9 7 2 1 6 0 7 9		
N° de Inscripción	Actividad de la Firma	Teléfono		Fuente Documental de lo que Certifica	
Afiliado N°	LE-LC-DNI N°	CI N° 31809956	Expedida por		

[illegible]

Total Nominal
(2) Total Interrupciones

01	11	05
00	00	00

rente

Este Formulario se debe completar en letra de imprenta, sin tachaduras ni enmiendas

Nº de CUIT
33 61817211610178

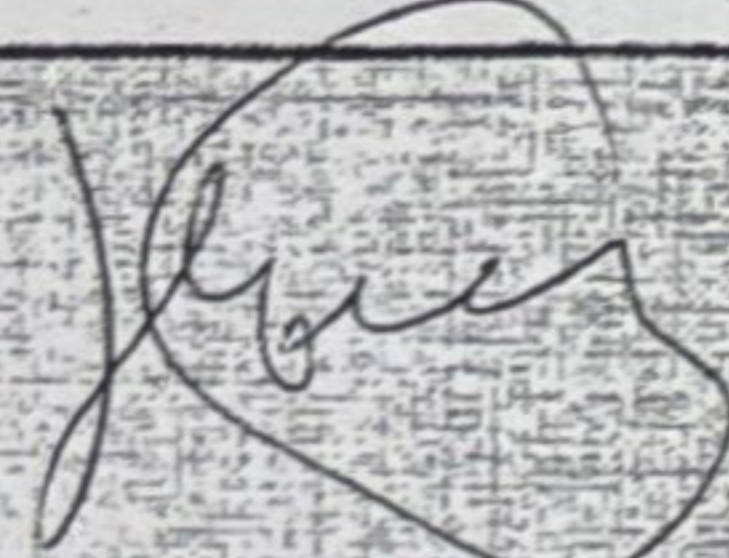
Fecha Presentación
de la Autorización

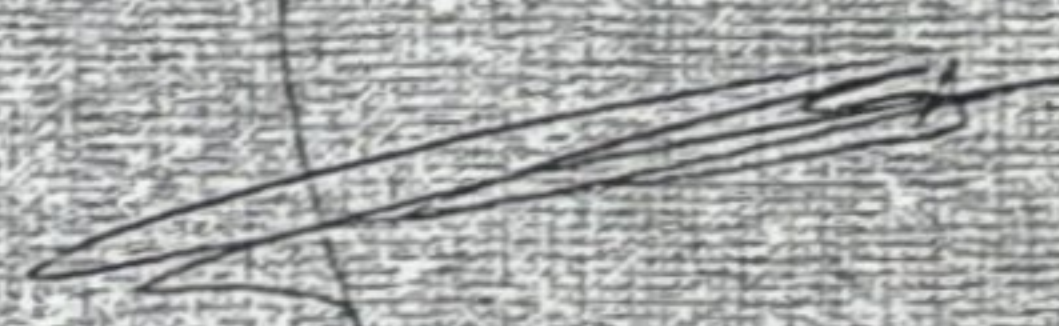
Día	Mes	Año
04	10	19

Nombre o Razón Social del Empleador	Nº de Teléfono
Instituto Noro Argentino de EGLOFF Juan D. y CABALLERO MARTINEZ SOC de Hecho	4212518

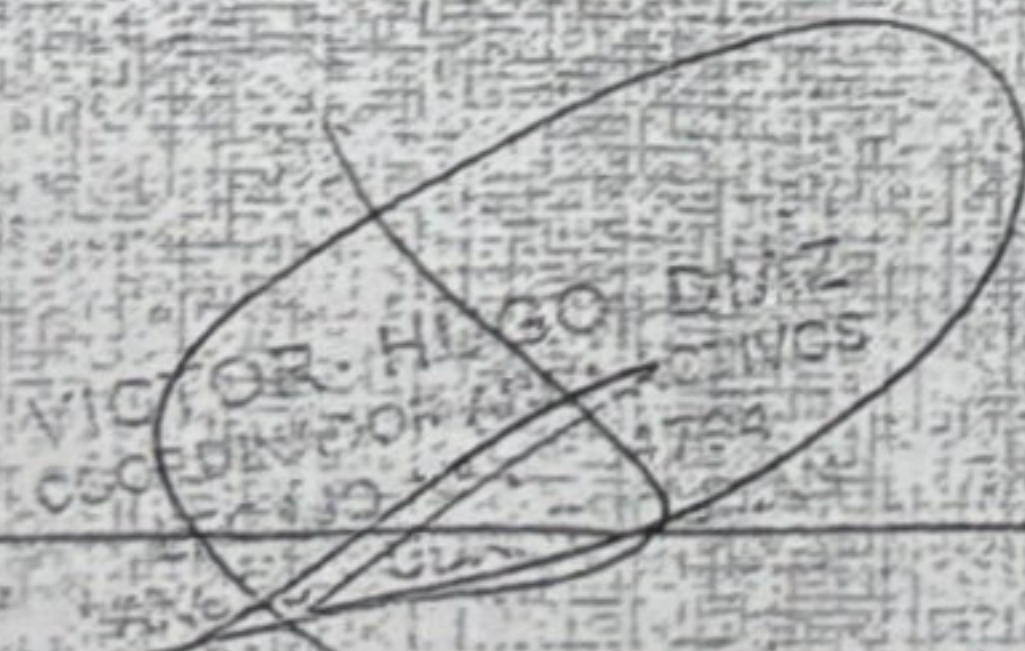
Domicilio	Cód. Postal	Localidad	Provincia
Ayacucho 207	41000	S. M. de C.	TUCUMÁN

En mi/nuestra calidad de titular autorizo/amos a la/s persona/s indicada/s al dorso a representar a la Razón Social arriba señalada en sus actuaciones ante ANSES.

Firma y Aclaración
 Juan Rosendo Egloff

Firma y Aclaración
 Egloff Juan D.

Certifico que la/s firma/s que antecede/n son auténtica/s

Firma y Sello del Certificante


Lugar: _____ Fecha: ____/____/____

La autenticación de la Firma deberá ser realizada ante Escribano Público, Juez de Paz, Autoridad Policial, Entidad Bancaria o Funcionario de ANSES Autorizado.

ANSES

Form.
PS.6.2

Certificación de Servicios y Remuneraciones

Frente

CUIT
2,7|3,1,8,0,9,9,5,6|7Apellido/s y Nombre/s del Empleador Certificante
EGLOFF EDUCATION SRLDomicilio
AYACUCHO 215Cód. Postal
4000CUIT
3,0|7,1,5,5,7,7,6,5|4

Inscripción N°

Actividad de la Firma
EDUCACION

Teléfono

4,2,2,1,0,1,2,1,1

Fuente Documental de lo que Certifica

PLANILLA DE LIQUIDACION DE HABERES

Apellido/s y Nombre/s del Afiliado
ARGAÑARAS BEATRIZ ELIZABETH

Fecha de Nacim.

Afiliado N°

Cl. N°

Expedida por

Tipo y N° de Documento

3,1,8,0,9,9,5,6

Servicios Prestados: Carácter de los Servicios (1)

Tareas Comunes

Fecha Desde

Fecha Hasta

Tiempo

Día | Mes | Año

Día | Mes | Año

Año | Mes | Día

DOCENTE AL FRENTE DE GRADO

01/05/2018

09/03/2022

03/10/08

(1) Indicar: Comunes, Privilegiados, Insalubres Docentes y Docentes al frente de grado

(2) Detallar al dorso las interrupciones

Extinción del contrato de trabajo o relación de empleo público

☒ Sí ☐ No

Fecha

09/03/2022

No:

Total Nominal

0,3|1,0,0,8

Total Interrupciones (2)

0,0|0,0,0,0

Año: 2018		SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo			Año: 2019		SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo		
Remuneraciones del Afiliado (*)					Ms.	Ds.	Hs.	Remuneraciones del Afiliado (*)					Ms.	Ds.	Hs.
01								01	3224.13		PROF	DOC.F.GRADO			
02								02	3232.87		PROF	DOC.F.GRADO			
03								03	7273.97		PROF	DOC.F.GRADO			
04								04	7273.97		PROF	DOC.F.GRADO			
05	4724.63		PROF.	DOC.F.GRADO				05	7273.97		PROF	DOC.F.GRADO			
06	6299.51		PROF	DOC.F.GRADO				06	10304.79		PROF	DOC.F.GRADO			
07	4724.63		PROF	DOC.F.GRADO				07	8073.14		PROF	DOC.F.GRADO			
08	4724.63		PROF	DOC.F.GRADO				08	8073.14		PROF	DOC.F.GRADO			
09	5118.35		PROF	DOC.F.GRADO				09	8082.19		PROF	DOC.F.GRADO			
10	5760.12		PROF	DOC.F.GRADO				10	9074.03		PROF	DOC.F.GRADO			
11	5760.12		PROF	DOC.F.GRADO				11	9074.03		PROF	DOC.F.GRADO			
12	8718.92		PROF	DOC.F.GRADO				12	13611.05		PROF	DOC.F.GRADO			
Total:								Total:							

Año: 2020		SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo			Año: 2021		SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo		
Remuneraciones del Afiliado (*)					Ms	Ds	Hs	Remuneraciones del Afiliado (*)					Ms	Ds	Hs
01	4234.55		PROF	DOC.F.GRADO				01	35223.72		PROF	DOC.F.GRADO			
02	3932.08		PROF	DOC.F.GRADO				02	35223.72		PROF	DOC.F.GRADO			
03	9074.03		PROF	DOC.F.GRADO				03	42347.12		PROF	DOC.F.GRADO			
04	9074.03		PROF	DOC.F.GRADO				04	42347.12		PROF	DOC.F.GRADO			
05	9074.03		PROF	DOC.F.GRADO				05	42347.12		PROF	DOC.F.GRADO			
06	13611.05		PROF	DOC.F.GRADO				06	42342.12		PROF	DOC.F.GRADO			
07	9074.03		PROF	DOC.F.GRADO				07	42347.12		PROF	DOC.F.GRADO			
08	9074.03		PROF	DOC.F.GRADO				08	47988.48		PROF	DOC.F.GRADO			
09	35223.72		PROF	DOC.F.GRADO				09	47688.48		PROF	DOC.F.GRADO			
10	35223.72		PROF	DOC.F.GRADO				10	47688.48		PROF	DOC.F.GRADO			
11	35223.72		PROF	DOC.F.GRADO				11	47688.48		PROF	DOC.F.GRADO			
12	52836.03		PROF	DOC.F.GRADO				12	47688.48		PROF	DOC.F.GRADO			
Total:								Total:							

Año: 2022		SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo			Año:		SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo		
Remuneraciones del Afiliado (*)					Ms	Ds	Hs	Remuneraciones del Afiliado (*)					Ms	Ds	Hs
01	47688.48		PROF	DOC.F.GRADO				01							
02	47688.4/8		PROF	DOC.F.GRADO				02							
03	20608.96		PROF	DOC.F.GRADO				03							
04								04							
05								05							
06								06							
07								07							
08								08							
09								09							
10								10							
11								11							
12								12							
Total:								Total:							

Año:		SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo			Año:		SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo		
Remuneraciones del Afiliado (*)					Ms	Ds	Hs	Remuneraciones del Afiliado (*)					Ms	Ds	Hs
01								01							
02								02							
03								03							
04								04							
05								05							
06								06							
07								07							
08								08							
09								09							
10								10							
11								11							
12								12							
Total:								Total:							

Año:		SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo			Año:		SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo		
Remuneraciones del Afiliado (*)					Ms	Ds	Hs	Remuneraciones del Afiliado (*)					Ms	Ds	Hs
01								01							
02								02							
03								03							
04								04							
05								05							
06								06							
07								07							
08								08							
09								09							
10								10							
11								11							
12								12							
Total:								Total:							

Form. F562 (Dorso 2)

Año:	SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo		
				Ms	Ds	Hs
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						
Total:						

Detalle de Ausencias y Licencias sin Goce de Sueldo	
Fecha Desde	Fecha Hasta

Tiempo Total a Deducir

--	--	--	--

Datos Complementarios del Empleador										
Domicilio de radicación de la fuente documental: Calle AYACUCHO				Número 2 1 5	Piso 1	Depto. 1	Cód. Postal 4000	Localidad S.M. DE TUCUMAN	Prov. 1	Teléfono 4 2 2 1 0 1 2
Observaciones:										

Firma del Empleador o Autorizado	
Apellido/s y Nombre/s EGLOFF JUAN RODOLFO	Tipo y N° de Documento D, U 8 0 8 2 1 4 3

Lugar y Fecha

JUAN RODOLFO EGLOFF
REPRESENTANTE LEGAL

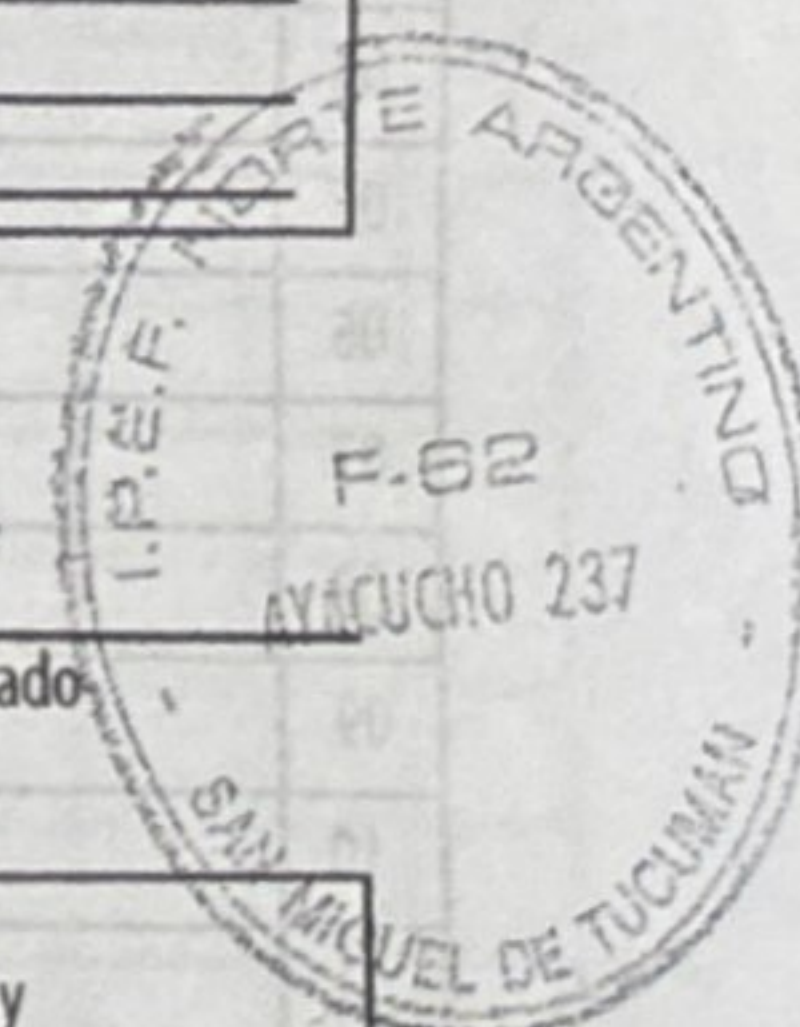
Certificación de Firma

Certifico que la firma que antecede fue puesta ante mí y
corresponde a _____, quien
acredita su identidad con N° _____
expedida por _____

Lugar y Fecha

Firma y Sello Adaratorio de la Autoridad Certificante

Importante:
La certificación de la identidad y
documento del empleador o
persona autorizada deberá realizarla
autoridad bancaria, previsional,
judicial o notarial.



Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Frente

N° de CUIL										
2	7	3	1	8	0	9	9	5	6	7

Empleador Certifica EGLOFF EDUCATION SRL		Domicilio AYACUCHO 215		Cód.Postal 4 0 0 0	
Apellido y Nombre/S ARGAÑARAS BEATRIZ ELIZABETH			Nº de CUIT 3 0 7 1 5 5 7 7 6 5 4		
Nº de Inscripción	Actividad de la Firma	Teléfono	Fuente Documental de lo que Certifica		
Afiliado Nº	LE-LC-DNI Nº	CI Nº 31809956	Expedida por		

[illegible]

Total Nominal
(2) Total
Interrupciones

03	10	08
00	00	00

Form. PS. (Dorso)

[illegible]

(1) Indicar servicios diferenciales, docentes al frente de grado

(2) Detallar al dorso las interrupciones

Total Nominal

03	10	08
----	----	----

(2) Total Interrupciones

00	00	00
----	----	----

00	00	00
----	----	----

Domicilio de Radicación de la Fuente Documental:

Observaciones:

El presente formulario reviste carácter de declaración jurada, debiéndose cumplimentado sin omitir ni falsear ningún dato, sujetando a los infractores a las penalidades previstas en los artículos 172 y 292 del Código Penal para los delitos de estafa y falsificación de documento.

Firma del Empleador o Autorizado

Lugar y Fecha:

Tipo y N° Documento: 8.082.143

Firma del Empleador o Autorizado

Apellido y Nombre/s:

~~SR JUAN RODOLFO EGLOFF~~
~~REPRESENTANTE LEGAL~~

Certificación de Firma del Empleador o Autorizado

Certifico que los datos personales del Empleador o Autorizado consignado en el presente formulario fue puesta ante mí y la firma estampada fue colocada en mi presencia:

Lugar y Fecha:

Firma y Sello Aclaratorio de la
Autoridad Certificante

Certificación de Datos

Certifico que la totalidad de los datos consignados en el presente formulario son correctos.

Certificante

Firma y Sello Aclaratorio de la Autoridad



Form.
PS.2.22

Registro de Firmas Auténticas

Frente

Este Formulario se debe completar en letra de imprenta, sin tachaduras ni enmiendas

N° de CUIT
3107115151716154

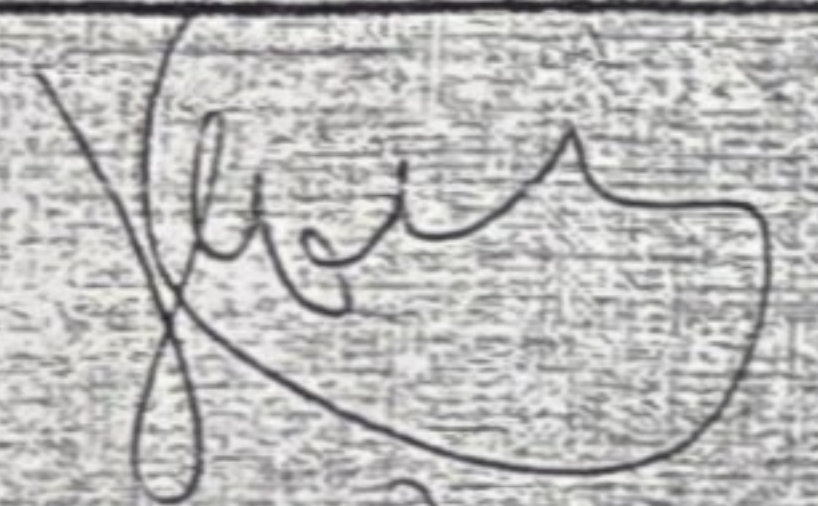
Fecha Presentación
de la Autorización

Día	Mes	Año
04	10	11

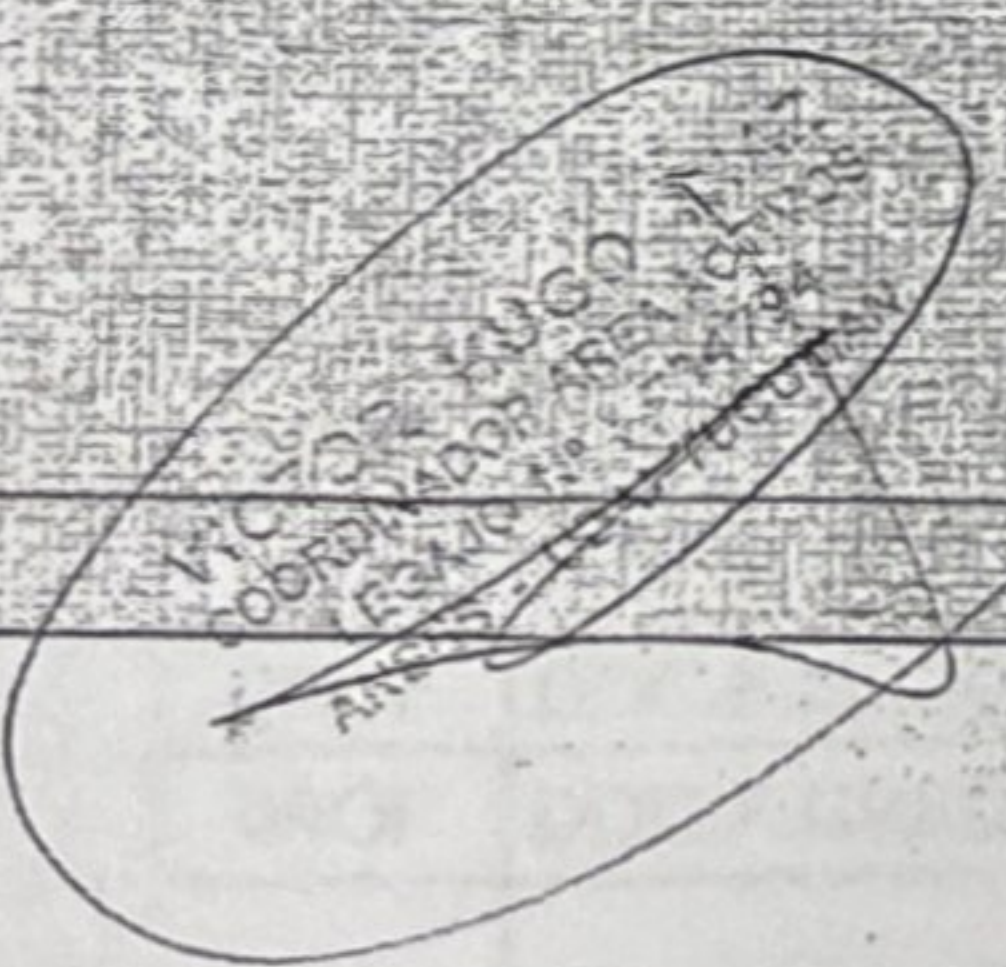
Nombre o Razón Social del Empleador	N° de Teléfono
EGGPE EDUCATION S.R.L.	

Domicilio	Cód. Postal	Localidad	Provincia
AYACUCHO 215	4101010	S.M. de Tuc	Tucumán

En mi/nuestra calidad de Socio Gerente autorizo/amos a la/s persona/s indicada/s al dorso a representar a la Razón Social arriba señalada en sus actuaciones ante ANSES.

Firma y Aclaración
 Juan Rodolfo EGGPE

Certifico que la/s firma/s que antecede/n son auténtica/s

Firma y Sello del Certificante


Ministerio de Trabajo, Empleo
y Formación de Recursos Humanos

Firma y Aclaración
 EGGPE, Sr. Rodolfo

Lugar: _____ Fecha: ____/____/____

La autenticación de la Firma deberá ser realizada ante Escribano Público, Juez de Paz, Autoridad Policial, Entidad Bancaria o Funcionario de ANSES Autorizado.