

Marcar con: ☒ (falta documentación) ☐ (documentación completa)

Nombre y Apellido : _____

	Rev.	OBSERVACIONES	Fin
1 DECLARACIONES JURADAS - (DDJJ)			
1- 1 DDJJ Declaración de Domicilio	☐		☐
1- 2 DDJJ no percepción prestación por desempleo	☐		☐
1- 3 DDJJ no percepción de la prestación jubilatoria	☐		☐
1- 4 DDJJ Afiliación al sindicato/ Comprobante	☐		☐
1- 5 DDJJ Cambio Obra Social	☐		☐
1- 6 DDJJ Pluriempleo	☐		☐
1- 7 DDJJ Transporte	☐		☐
2 DOCUMENTACION PERSONAL			
2- 1 Datos de Antecedente laborales	☐		☐
2- 2 Datos Médicos - DDJJ Antecedentes de Salud	☐		☐
2- 3 Datos Académicos	☐		☐
2- 4 Contrato de Trabajo/Acuerdo de Partes	☐		☐
2- 5 Form. Pedido de Solicitud de Ingreso	☐		☐
2- 6 Fotocopia DNI	☐		☐
2- 7 Constancia de CUIL	☐		☐
2- 8 Certificado de Buena Conducta	☐		☐
2- 9 Examen pre-ocupacional	☐		☐
2- 10 Curriculum Vitae	☐		☐
2- 11 Comunicación BCRA apertura de cuenta sueldo	☐		☐
2- 12 Fotocopia títulos académicos	☐		☐
2- 13 Constancia de Instrucción y Entrega de E.P.P.	☐		☐
2- 14 Constancia de Entrega de Manual de H&S Laboral	☐		☐
2- 15 Constancia de alta en el Seguro de Vida Obligatorio	☐		☐
3 DOCUMENTACION FAMILIAR			
3- 1 DOCUMENTACION CONYUGE			
3- 1 - 1 Acta de matrimonio / Declaración de Convivencia	☐		☐
3- 1 - 2 Fotocopia DNI	☐		☐
3- 1 - 3 Fotocopia CUIL	☐		☐
3- 2 - CANTIDAD DE HIJOS _____			
3- 2 - 1 Fotocopia DNI ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐		☐
3- 2 - 2 Fotocopia CUIL ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐		☐
3- 2 - 3 Acta de nacimiento ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐		☐
4 FORMULARIOS DOCUMENTACION GUBERNAMENTAL			
4 - 1 Alta Temprana C.A.T. y A.R.T.	☐		☐
4 - 2 Notificación del Régimen de AAFF - SUAF (Form.2.61)	☐		☐
4 - 3 Formulario SSSalud - Cambio Obra Social	☐		☐
4 - 4 Certificación de Servicios - Cert. Art.80 LCT	☐		☐
4 - 5 Ps.6.2 Afect. Haberes	☐		☐
4 - 6 Baja en AFIP	☐		☐
5 INSTRUCTIVOS			
5 - 1 Instructivo Accidentes de Trabajos In-Itinere	☐		☐
5 - 2 Instructivo Licencias Especiales	☐		☐
5 - 3 Instructivo Ausentismo	☐		☐
6 CERTIFICADOS			
6 - 1 Médicos	☐		☐
6 - 2 De estudios	☐		☐
7 INTERCAMBIO EPISTOLAR			
7 - 1 TCL y Cartas Documentos	☐		☐

Declaro bajo juramento mi domicilio legal, tomando conocimiento de que mientras no comunique por escrito mi nuevo domicilio, se considerarán válidas las comunicaciones derivadas de la relación laboral realizadas al presente.

APELLIDO Y NOMBRE: _____

Fecha de Ingreso _____ **DOC. IDENT.:** _____ **CUIL** _____

DOMICILIO: _____ **Nº** _____ **Torre:** _____ **Piso:** _____ **Dpto:** _____

BARRIO: _____ **LOCALIDAD:** _____ **CPA:** _____

PROVINCIA: _____ **T.E.:** _____ **CELULAR:** _____

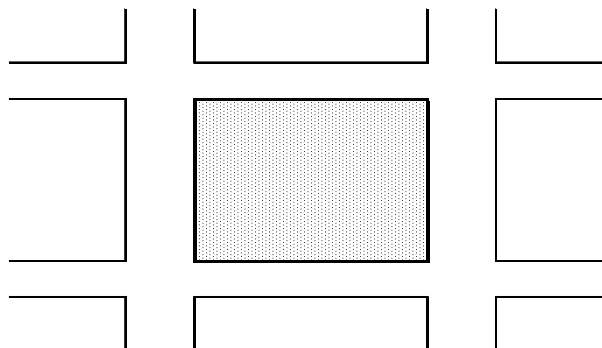
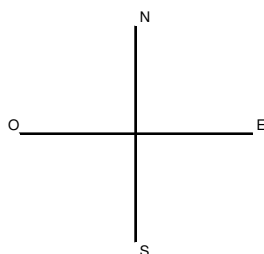
ESTADO CIVIL: _____ **SEXO:** _____

Fecha Nacimiento: _____ **NACIONALIDAD:** _____

MAIL: _____

Referencia válida para la ubicación del domicilio : _____

En el diagrama siguiente indique las calles que rodean la manzana de su domicilio y con X la ubicación aproximada del mismo. **En caso de cambiar de domicilio me obligo a comunicarlo en el término de 48 horas, solicitando el formulario para cumplimentar los requisitos como se procede en la presente.**



DATOS LABORALES: (Marcar con X la opción correcta)

- De conformidad con lo dispuesto por el art. 9 del Decreto 739/92, declaro en forma juramentada, que: SI ☐ NO ☐ soy beneficiario de la prestación por desempleo de la Ley 24013.
- De conformidad con lo dispuesto por el art. 12Inc. H de la Ley 24241, declaro en forma juramentada, que: SI ☐ NO ☐ soy beneficiario de jubilación, retiro o prestación no contributiva.
- De conformidad con lo dispuesto por el art. 6 de la ley 24642, declaro en forma juramentada, que: SI ☐ NO ☐ me encuentro afiliado al sindicato del/la _____
- Declaro en forma juramentada con respecto a la opción de cambio en la obra social que SI ☐ NO ☐ la he realizado ¿cual? _____
- Declaro en forma juramentada a los efectos del art.9 Ley 24241, art.28 Dto 1397/79 y art.1 Dto.658/02 (Pluriempleo) que SI ☐ NO ☐ poseo, y me comprometo a actualizarlo en un plazo de 10 días en caso de modificación

EMPLEADOR	CUIT	PUESTO	REM.Br.Mensual

Lugar y fecha

Firma y Aclaración

DATOS DE ANTECEDENTES LABORALES

PERIODO		EMPRESA	DOMICILIO	CIUDAD	TELEFONO	CARGO
DESDE	HASTA					

DATOS FAMILIARES – (a cargo)

Parentesco	Apellido y Nombre	Sexo	Tipo y Nº Documento	CUIL	Fecha y Lugar de Nacimiento	Nivel de Estudios

DATOS MEDICOS

Grupo Sanguíneo		Factor RH	Alergias
Nombre persona a notificar caso de Emergencia			
Telefono Emergencia		Centro Médico para derivaciones	

Lugar y fecha

Firma y Aclaración

DATOS ACEDÉMICOS**1.FORMACIÓN****Título Máximo Obtenido****1.1 TÍTULOS DE GRADO**

TÍTULO	AÑO DE OBTENCIÓN / EN CURSO	INSTITUCIÓN OTORGANTE	CIUDAD /PROVINCIA/ PAÍS

1.2 TÍTULOS DE NIVEL SUPERIOR (Formación técnica o Terciaria)

TÍTULO	AÑO DE OBTENCIÓN / EN CURSO	INSTITUCIÓN OTORGANTE	CIUDAD /PROVINCIA/ PAÍS

1.3 TÍTULOS DE NIVEL SECUNDARIO

TÍTULO	AÑO DE OBTENCIÓN / EN CURSO	INSTITUCIÓN OTORGANTE	CIUDAD /PROVINCIA/ PAÍS

DECLARO QUE LOS DATOS QUE ANTECEDEN REVISTEN EL CARÁCTER DE DDJJ

Lugar y fecha

Firma y Aclaración

CORDOBA, _____ .-

Señor/a _____:

En cumplimiento por lo dispuesto por las Resoluciones de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo N° 310/2002 y su complementaria N° 502/2002, la empresa se dirige a Uds. para asesorarlo sobre dicha normativa:

- a) Usted deberá llevar consigo, en todo momento la “Credencial Identificatoria” que en este acto se le hace entrega, en la cual consta su ART que cubre los accidentes y enfermedades profesionales que pueda sufrir.
- b) Deberá obligatoriamente denunciar ante nosotros los Accidentes de trabajo o las enfermedades profesionales que sufra.
- c) En caso de sufrir un accidente de trabajo y no poder notificarnos, deberá en forma inmediata comunicarse con PREVENCIÓN ART llamando al teléfono 0800-4444-ART (278).
- d) En caso de accidente “in itinere” comunicarse en forma inmediata al teléfono antes mencionado las 24 hs. para ser derivado a un centro asistencial.

Me notifico de lo antedicho

Firma
Aclaración:
DNI:

CORDOBA, _____ .-

Señor/a _____:

En cumplimiento por lo dispuesto por las Resoluciones de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo N° 310/2002 y su complementaria N° 502/2002, la empresa se dirige a Uds. para asesorarlo sobre dicha normativa:

- a) Usted deberá llevar consigo en todo momento la "Credencial Identificatoria" que en este acto se le hace entrega, en la cual consta su ART que cubre los accidentes y enfermedades profesionales que pueda sufrir.
- b) Deberá obligatoriamente denunciar ante nosotros los Accidentes de trabajo o las enfermedades profesionales que sufra.
- c) En caso de sufrir un accidente de trabajo y no poder notificarnos, deberá en forma inmediata comunicarse con PREVENCIÓN ART llamando al teléfono 0800-4444- ART (278).
- d) En caso de accidente "in itinere" comunicarse en forma inmediata al teléfono antes mencionado las 24 hs. para ser derivado a un centro asistencial.

RRHH

CORDOBA, _____ .-

Señor/a _____:

En cumplimiento por lo dispuesto por el Art.124 LCT, Resolución del MTESS N° 653/2012 y la Comunicación del BCRA N° "A" 5091/2010 se le comunica a ud. que sus haberes serán depositados en la cuenta sueldo del Banco Galicia, que en su oportunidad será informada y se hará entrega de la correspondiente tarjeta de débito.

Me notifico de lo antedicho

Firma

Aclaración:

DNI:

CORDOBA, _____.-

Señor/a _____:

En cumplimiento por lo dispuesto por el Art.124 LCT, Resolución del MTESS N° 653/2012 y la Comunicación del BCRA N° "A" 5091/2010 se le comunica a ud. que sus haberes serán depositados en la cuenta sueldo del Banco Galicia, que en su oportunidad será informada y se hará entrega de la correspondiente tarjeta de débito.

RRHH

RECORDATORIOS IMPORTANTES

ASISTENCIA:

Ud. deberá registrar su ingreso-egreso del servicio en las planillas para ello destinadas, si así no lo hiciere es pasible de sanciones.

En caso de no asistir al trabajo por el motivo que fuere, se debe informar a Recursos Humanos siguiendo lo estipulado en el Instructivo de Ausentismo del cual se le ha entregado copia , si así no lo hiciere es pasible de sanciones.

OBRA SOCIAL:

Las personas que ingresen a la empresa y NO tengan realizada una opción de obra social anterior, se les asignará la obra social de convenio (OSUOMRA).

Para hacer uso de ella y tener cobertura es necesario que cada uno concurra ante dicha obra social a realizar el trámite de afiliación, con su primer recibo de sueldo (Lima 967- Córdoba – TE 0351 425-7474) .

Se les recuerda que de no cumplir este trámite no podrán utilizar la obra social , ya que se encontrarán sin cobertura, por no estar registrado en los padrones.

En caso de realizar un cambio de obra social, deberá presentar ante Recursos Humanos el comprobante correspondiente a la Opción realizada, la NO presentación del mismo implica la posterior falta de cobertura de la Obra Social elegida.

FORMULARIO GANANCIAS:

Presentar al Ingreso el Formulario 1357 que debe ser expedido por su anterior empleador.

Actualizar anualmente su Declaración Jurada del Impuesto a las Ganancias F 572 (Deducciones personales) Realizar el mismo mediante el procedimiento establecido por AFIP, más información en : www.afip.gob.ar/572web

Recuerde que debe informar a Recursos Humanos todas las modificaciones en cuanto a datos personales, familiares, cambios de domicilio, cambio de Obra Social, y otras actualizaciones relevantes.-

CONTACTOS:

Recepción: + 54 (351) 499 4449/499 4100 / 5870 – De Lunes a Viernes , de 09:00hs a 13:00hs y de 14:00hs a 18:00hs.