

Gojo Satoru

LEGAJO 553251

CUIL: 55-32152351-2

DATOS PERSONALES Y CONTACTO

DOCUMENTO (D.N.I.)	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO
21.523.512	01/01/2024	Masculino
DOMICILIO REAL	LOCALIDAD	
Jujutsu Kaise - Piso t1 Depto. e1	Tokio	
TELÉFONO	EMAIL	
1234356678	satoru@mail.com	

DETALLE CONTRACTUAL

FECHA DE INGRESO	CATEGORÍA LABORAL
07/12/2025	OFICIAL
SUELDO / JORNAL BÁSICO	CONVENIO COLECTIVO
\$ 2,351,235.00	CCT 76/75

SEGURIDAD SOCIAL Y FAMILIA

OBRA SOCIAL	SINDICATO	AFILIADO AL SINDICATO
OSPECÓN	UOCRA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ESTADO CIVIL	HIJOS	FECHA DE EGRESO
Completar...	Completar...	-

BENEFICIARIOS SEGURO DE VIDA

Nombre y Apellido	Parentesco	Domicilio	%
Completar...	Completar...	Completar...	Completar...
Completar...	Completar...	Completar...	Completar...

En caso de falta de designación, se aplicará la Ley 24.241.

Declaración de conformidad:

Los datos expresados en la presente ficha revisten carácter de declaración jurada y se corresponden con la documentación original presentada ante el departamento de RRHH.

Gojo Satoru
Firma del Empleado

ALTA TEMPRANA ARCA

Registro de Trabajadores - Resolución Gral. N° 1891

La Plata

07/12/2025

CONSTANCIA DEL EMPLEADOR

Señor/a: Gojo Satoru

D.N.I.: 21.523.512

En cumplimiento del **Art. 18, 3º párrafo de la Resolución General AFIP N° 1891**, la empresa deja constancia de haber entregado al trabajador la "Constancia de Inscripción en el Registro de Trabajadores" (Clave de Alta Temprana).

Espacio Sello Empresa

constructora

C.U.I.T. 65-31513512-3

N° IERIC: ieric1235

RECIBO DE CONFORMIDAD

ACUSE DE RECIBO DEL TRABAJADOR

Dejo constancia de haber recibido en el día de la fecha, la constancia de inscripción mencionada anteriormente y la Clave de Alta Temprana correspondiente.

Nombre: Gojo Satoru

D.N.I.: 21.523.512

Fecha: 07/12/2025

Gojo Satoru

Firma del Empleado

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Registro de Trabajadores - Resolución Gral. N° 1891

La Plata
07/12/2025

EJEMPLAR EMPLEADOR

ELEMENTO	CANT.	RECIBÍ
Ropa de Trabajo	1	<input type="checkbox"/>
Guantes de Seguridad	1	<input type="checkbox"/>
Casco de Seguridad	1	<input type="checkbox"/>
Antiparras / Gafas	1	<input type="checkbox"/>
Faja Lumbar	1	<input type="checkbox"/>

Declaración: Recibí los elementos de protección personal en condiciones.

- Uso Obligatorio:** Reconozco que son obligatorios para tareas de riesgo.
- Mantenimiento:** Solicitaré cambio ante deterioro como consecuencia del uso.
- Normativa:** Art. 26 C.C.T.
- Capacitación:** Fui capacitado en su uso.

Nombre: Gojo Satoru

D.N.I.: 21.523.512

Fecha: 07/12/2025

Gojo Satoru

Firma del Empleado

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Registro de Trabajadores - Resolución Gral. N° 1891

La Plata
07/12/2025

EJEMPLAR TRABAJADOR

ELEMENTO	CANT.	RECIBÍ
Ropa de Trabajo	1	<input type="checkbox"/>
Guantes de Seguridad	1	<input type="checkbox"/>
Casco de Seguridad	1	<input type="checkbox"/>
Antiparras / Gafas	1	<input type="checkbox"/>
Faja Lumbar	1	<input type="checkbox"/>

Declaración: Recibí los elementos de protección personal en condiciones.

- Uso Obligatorio:** Reconozco que son obligatorios para tareas de riesgo.
- Mantenimiento:** Solicitaré cambio ante deterioro como consecuencia del uso.
- Normativa:** Art. 26 C.C.T.
- Capacitación:** Fui capacitado en su uso.

Nombre: Gojo Satoru

D.N.I.: 21.523.512

Fecha: 07/12/2025

Gojo Satoru

Firma del Empleado

NOTIFICACIÓN PRESTACIÓN POR DESEMPEÑO (ANSES)

PARA LEGAJO EMPLEADOR

La Plata
07/12/2025

Por la presente se pone en conocimiento del trabajador **Gojo Satoru** (D.N.I. 21.523.512), que ingresa bajo relación de dependencia de la empresa **constructora** con fecha **07/12/2025**, que en caso de encontrarse cobrando actualmente el **FONDO DE DESEMPEÑO** gestionado a través de ANSES, dispone de un plazo perentorio de:

5 DÍAS HÁBILES

para tramitar la **BAJA** de dicho beneficio por encontrarse nuevamente bajo relación laboral activa.

QUEDA USTED DEBIDAMENTE NOTIFICADO

Nombre: Gojo Satoru

D.N.I.: 21.523.512

Fecha: 07/12/2025

Gojo Satoru

Firma del Empleado

NOTIFICACIÓN PRESTACIÓN POR DESEMPEÑO (ANSES)

PARA EL TRABAJADOR

La Plata
07/12/2025

Por la presente se pone en conocimiento del trabajador **Gojo Satoru** (D.N.I. 21.523.512), que ingresa bajo relación de dependencia de la empresa **constructora** con fecha **07/12/2025**, que en caso de encontrarse cobrando actualmente el **FONDO DE DESEMPEÑO** gestionado a través de ANSES, dispone de un plazo perentorio de:

5 DÍAS HÁBILES

para tramitar la **BAJA** de dicho beneficio por encontrarse nuevamente bajo relación laboral activa.

QUEDA USTED DEBIDAMENTE NOTIFICADO

Espacio Sello Empresa

constructora

C.U.I.T. 65-31513512-3

Frente I

Este Formulario reviste carácter de Declaración Jurada y se debe completar en letra de imprenta, sin tachaduras ni enmiendas

RUBRO I – DATOS DEL TRABAJADOR (a completar por todos los trabajadores con o sin cargas de familia)

Apellido/s y Nombre/s Completo/s Gojo Satoru		Fecha de Nacimiento 1 1 2024	Nacionalidad Japonesa
CUIL 55-32152351-2	Tipo y N° Doc DU 21.523.512	Sexo Masculino	Estado Civil
Domicilio - Calle - Número Jujutsu Kaise			
Piso t1	Dept. e1	Código Postal 4321	Localidad Tokio
Teléfono 1234356678		Dirección de Correo Electrónico satoru@mail.com	

RUBRO II – DATOS DEL EMPLEADOR

Razón Social constructora		CUIT 65315135123	
Domicilio - Calle - Número calle cosntru 432			
Piso 2	Dept. b	Código Postal 9870	Localidad La Plata
Teléfono 3423444		Dirección de Correo Electrónico empresa@mail.com	

Dejo constancia, por medio de la presente, que en el día de la fecha, me he notificado de las normas básicas y principales derechos que me asisten con relación al Régimen de Asignaciones Familiares y que surgen del cuadro existente al dorso de la presente, recibiendo copia, en este acto, de la Ley N° 24.714, sus normas reglamentarias y de la Resolución ANSES N° 292/08 y sus modificatorias.

Asimismo, me notifico que los trámites para solicitar la liquidación y pago de las Asignaciones Familiares que me correspondan deberé realizarlos personalmente o a través de un “Representante” designado por mí para tal fin, previa solicitud de turno a través de la página web de ANSES www.anses.gob.ar o a través del número gratuito 130, dentro de los plazos que surgen del cuadro existente al dorso de la presente, en cualquiera de las Unidades de Atención de ANSES, presentando -cuando corresponda-, debidamente confeccionados, los Formularios respectivos y la documentación que en cada caso se detalla, además de la que adicionalmente me pudiera ser requerida. Tomo conocimiento, además, que cualquier reclamo deberé formularlo personalmente o a través de un “Representante” designado por mí para tal fin, ante ANSES dentro de los plazos de caducidad establecidos por la normativa vigente, presentando el Formulario PS.2.72 “Reclamos Generales para los Sistemas SUAF y UVHI”, debidamente cumplimentado.

Dejo constancia también, que asumo el compromiso de concurrir ante ANSES cuando se produzca toda novedad y/o modificación con relación a mis cargas y relaciones de familia, acompañando original y fotocopia de la documentación que las acrede o bien notificar a mi empleador toda novedad/modificación, con la documentación pertinente, a efectos de que éste las informe a ANSES a través del Programa de Simplificación Registral.

Me comprometo a informar/modificar ante ANSES el medio de pago a través del cual deseo percibir las Asignaciones Familiares.

Finalmente me notifico que todos los datos que aporte a ANSES personalmente, a través de un “Representante” o de mi Empleador, para la percepción de las Asignaciones Familiares, tendrán carácter de Declaración Jurada, reconociendo el derecho de ANSES a reclamarme su restitución o compensar automáticamente los importes con otras asignaciones en caso de percepción indebida de mi parte, sin necesidad de notificación previa por parte del citado Organismo.

..... La Plata, 7 ., de diciembre de 2025

Lugar y Fecha

**Firma/Aclaración de Firma
del Trabajador**

**Firma/Aclaración de Firma y
Sello del Empleador**

Frente I

Este Formulario reviste carácter de Declaración Jurada y se debe completar en letra de imprenta, sin tachaduras ni enmiendas

RUBRO I – DATOS DEL TRABAJADOR (a completar por todos los trabajadores con o sin cargas de familia)

Apellido/s y Nombre/s Completo/s Gojo Satoru				Fecha de Nacimiento 1 1 2024	Nacionalidad Japonesa
CUIL 55-32152351-2	Tipo y N° Doc DU 21.523.512			Sexo Masculino	Estado Civil
Domicilio - Calle - Número Jujutsu Kaise					
Piso t1	Dept. e1	Código Postal 4321	Localidad Tokio	Provincia Japn	
Teléfono 1234356678			Dirección de Correo Electrónico satoru@mail.com		

RUBRO II – DATOS DEL EMPLEADOR

Razón Social constructora		CUIT 65315135123			
Domicilio - Calle - Número calle cosntru 432					
Piso 2	Dept. b	Código Postal 9870	Localidad La Plata	Provincia Correola	
Teléfono 3423444			Dirección de Correo Electrónico empresa@mail.com		

Dejo constancia, por medio de la presente, que en el día de la fecha, me he notificado de las normas básicas y principales derechos que me asisten con relación al Régimen de Asignaciones Familiares y que surgen del cuadro existente al dorso de la presente, recibiendo copia, en este acto, de la Ley N° 24.714, sus normas reglamentarias y de la Resolución ANSES N° 292/08 y sus modificatorias.

Asimismo, me notifico que los trámites para solicitar la liquidación y pago de las Asignaciones Familiares que me correspondan deberé realizarlos personalmente o a través de un “Representante” designado por mí para tal fin, previa solicitud de turno a través de la página web de ANSES www.anses.gob.ar o a través del número gratuito 130, dentro de los plazos que surgen del cuadro existente al dorso de la presente, en cualquiera de las Unidades de Atención de ANSES, presentando -cuando corresponda-, debidamente confeccionados, los Formularios respectivos y la documentación que en cada caso se detalla, además de la que adicionalmente me pudiera ser requerida. Tomo conocimiento, además, que cualquier reclamo deberé formularlo personalmente o a través de un “Representante” designado por mí para tal fin, ante ANSES dentro de los plazos de caducidad establecidos por la normativa vigente, presentando el Formulario PS.2.72 “Reclamos Generales para los Sistemas SUAF y UVHI”, debidamente cumplimentado.

Dejo constancia también, que asumo el compromiso de concurrir ante ANSES cuando se produzca toda novedad y/o modificación con relación a mis cargas y relaciones de familia, acompañando original y fotocopia de la documentación que las acrede o bien notificar a mi empleador toda novedad/modificación, con la documentación pertinente, a efectos de que éste las informe a ANSES a través del Programa de Simplificación Registral.

Me comprometo a informar/modificar ante ANSES el medio de pago a través del cual deseo percibir las Asignaciones Familiares.

Finalmente me notifico que todos los datos que aporte a ANSES personalmente, a través de un “Representante” o de mi Empleador, para la percepción de las Asignaciones Familiares, tendrán carácter de Declaración Jurada, reconociendo el derecho de ANSES a reclamarme su restitución o compensar automáticamente los importes con otras asignaciones en caso de percepción indebida de mi parte, sin necesidad de notificación previa por parte del citado Organismo.

..... La Plata, 7 ., de diciembre de 2025

Lugar y Fecha

**Firma/Aclaración de Firma
del Trabajador**

**Firma/Aclaración de Firma y
Sello del Empleador**

ASIGNACIÓN FAMILIAR POR MATRIMONIO	
Definición	Suma de dinero que se abona a uno o a ambos cónyuges por haber contraído enlace.
Caducidad	Solicitar la liquidación ante ANSES, una vez transcurridos los dos (2) meses y dentro de los dos (2) años contados a partir de la fecha de celebrado el matrimonio.
Requisitos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Antigüedad mínima y continuada de seis (6) meses a la fecha de celebrado el matrimonio. ✓ Encontrarse en relación de dependencia / prestación efectiva de servicios al momento de ocurrido el matrimonio. ✓ Cumplir con los topes establecidos en la normativa vigente a la fecha de ocurrido el matrimonio.
Documentación	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nota del trabajador solicitando el pago, ✓ Original y copia del DNI del trabajador y de su cónyuge, y ✓ Original y copia de la Partida de Matrimonio.
ASIGNACIÓN FAMILIAR POR NACIMIENTO	
Definición	Suma de dinero que se abona a uno sólo de los padres por el nacimiento de su hijo.
Caducidad	Solicitar la liquidación ante ANSES , una vez transcurridos los dos (2) meses y dentro de los dos (2) años contados a partir de la fecha de ocurrido el nacimiento.
Requisitos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Antigüedad mínima y continuada de seis (6) meses a la fecha de ocurrido el nacimiento. ✓ Encontrarse en relación de dependencia / prestación efectiva de servicios al momento de ocurrido el nacimiento. ✓ Cumplir con los topes establecidos en la normativa vigente a la fecha de ocurrido el nacimiento.
Documentación	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nota del trabajador solicitando el pago, ✓ Original y copia del DNI del trabajador y de su hijo, y ✓ Original y copia de la Partida de Nacimiento.
ASIGNACIÓN FAMILIAR POR ADOPCIÓN	
Definición	Suma de dinero que se abona a uno sólo de los adoptantes por la adopción de un menor.
Caducidad	Solicitar la liquidación ante ANSES, una vez transcurridos los dos (2) meses y dentro de los dos (2) años contados a partir de la fecha de dictada la Sentencia de Adopción.
Requisitos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Antigüedad mínima y continuada de seis (6) meses a la fecha de dictada la Sentencia de Adopción. ✓ Encontrarse en relación de dependencia / prestación efectiva de servicios al momento de dictada la Sentencia de Adopción. ✓ Cumplir con los topes establecidos en la normativa vigente a la fecha de dictada la Sentencia de Adopción.
Documentación	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nota del trabajador solicitando el pago, ✓ Original y copia del DNI del trabajador y del adoptado, ✓ Original y copia del Testimonio de Sentencia de Adopción, y ✓ Original y copia de la Partida de Nacimiento del adoptado con los datos rectificados.
ASIGNACIÓN FAMILIAR POR PRENATAL	
Definición	Suma de dinero que puede abonarse desde la concepción hasta el nacimiento y siempre que no exceda las nueve (9) mensualidades.
Caducidad	Solicitar la liquidación ante ANSES, para la percepción íntegra de esta Asignación, entre el 3º mes (12 semanas) y el 6º mes (30 semanas) cumplido de gestación. Si se solicita ante ANSES con posterioridad al 6º mes, sólo se perciben los meses que restan desde la presentación de la documentación hasta el nacimiento o la interrupción del embarazo. Si la presentación de la documentación ante ANSES se realiza con posterioridad al nacimiento no corresponde el pago de la Asignación Familiar por Prenatal.
Requisitos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se abona independientemente del estado civil de la mujer. ✓ Si quien solicita el pago no es la mujer embarazada se deberá tener acreditado ante ANSES la relación de convivencia ó matrimonio con la embarazada. ✓ Antigüedad mínima y continuada de tres (3) meses al momento de la concepción. ✓ El requisito de antigüedad en el empleo condiciona el pago íntegro de esta Asignación pero no impide que se perciban las mensualidades que restan a partir de la fecha en que adquiera la antigüedad. ✓ Cumplir con los topes establecidos en la normativa vigente.

ASIGNACIÓN FAMILIAR POR PRENATAL (continuación)	
Documentación	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Formulario PS.2.55 "DDJJ Novedades Unificadas - SUAF" debidamente cumplimentado. El Rubro 6 puede ser reemplazado por un Certificado Médico que contenga: Nombre y apellido y tipo y número de Documento de Identidad de la embarazada, fecha probable de parto, meses o semanas de gestación, fecha del Certificado Médico, nombre y apellido del médico, tipo y número de matrícula del médico y firma del médico. El Certificado Médico que obre en el Rubro 6 o aquel que lo reemplace tiene una validez de treinta (30) días contados a partir de la fecha de su emisión. ✓ Original y copia del Certificado de Nacimiento dentro de los ciento veinte (120) días de ocurrido el Nacimiento. ✓ Si quien solicita el pago no es la mujer embarazada, se deberá presentar además Original y copia de la Partida de Matrimonio ó Información Sumaria Judicial ó Policial que acredite la convivencia.
ASIGNACIÓN FAMILIAR POR MATERNIDAD	
Definición	En el caso de remuneraciones fijas: Suma de dinero igual a la remuneración que la trabajadora hubiera debido percibir en su empleo. En el caso de remuneraciones variables (entiéndase por remuneración variable, a aquellas percibidas en base a comisión, destajo, producción, etc): Suma de dinero que se obtiene del promedio de las remuneraciones declaradas por el empleador ante AFIP correspondiente a los tres meses anteriores al comienzo de la Licencia por Maternidad.
Caducidad	<p>Solicitar la liquidación ante ANSES hasta el mismo día de la finalización de la Licencia por Maternidad respectiva. Si se presenta la documentación ante ANSES con posterioridad a la finalización de la Licencia por Maternidad no corresponde el pago de la Asignación Familiar por Maternidad.</p> <p>En el caso de nacimiento pretérmino, la solicitud de la liquidación de la Asignación Familiar por Maternidad ante ANSES debe efectuarse durante el transcurso de la Licencia por Maternidad y hasta el mismo día de la finalización de la Licencia por Maternidad. Si la presentación de la documentación ante ANSES se realiza con posterioridad a la finalización de la Licencia por Maternidad, no corresponde el pago de la Asignación Familiar por Maternidad.</p>
Requisitos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Antigüedad mínima y continuada en cada uno de los empleos de tres (3) meses. Si se alcanza durante la Licencia, se abonan los días restantes. ✓ Trabajadoras de Temporada: Para acceder al cobro de la Asignación Familiar por Maternidad, la Licencia por Maternidad debe iniciarse durante la temporada.
Documentación	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Formulario PS.2.55 "DDJJ Novedades Unificadas - SUAF" por cada uno de los empleos-debidamente cumplimentado. El Rubro 6 puede ser reemplazado por copia autenticada por el empleador del Certificado Médico con el que la trabajadora le notificó su estado de embarazo y le solicitó la Licencia por Maternidad, en el que conste la fecha de emisión, tiempo de gestación y la fecha probable de parto. <p>En caso de nacimiento pre término, del Certificado Médico deberá surgir con cuántas semanas o meses de gestación se produjo el alumbramiento y si el mismo ocurrió con o sin vida.</p> <p>SE RECOMIENDA PRESENTAR LA DOCUMENTACIÓN ANTE ANSES CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE LA LICENCIA POR MATERNIDAD para que la liquidación de la Asignación por Maternidad pueda efectuarse en el transcurso de la Licencia respectiva.</p>
ASIGNACIÓN FAMILIAR POR MATERNIDAD DOWN	
Definición	Suma de dinero equivalente a la Asignación Familiar por Maternidad que se liquidará durante el período de Licencia establecido en la Ley N° 24.716.
Caducidad	Solicitar la liquidación ante ANSES hasta el mismo día de la finalización de la Licencia por Maternidad Down respectiva. Si se presenta la documentación ante ANSES con posterioridad a la finalización de la Licencia por Maternidad Down no corresponde el pago de la Asignación Familiar por Maternidad Down.
Requisitos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comunicar fehacientemente el diagnóstico de Síndrome de Down del recién nacido al empleador, por lo menos con quince (15) días de anticipación al vencimiento del período de prohibición de trabajo por Maternidad.
Documentación	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Formulario PS.2.55 "DDJJ Novedades Unificadas - SUAF" por cada uno de los empleos-debidamente cumplimentado. El diagnóstico de Síndrome de Down obrante en el Rubro 7 puede ser reemplazado por copia autenticada por el empleador del Certificado Médico con el que la trabajadora le notificó el diagnóstico de su hijo. ✓ Original y copia de la Partida de Nacimiento.

ASIGNACIÓN FAMILIAR POR HIJO	
Definición	Suma mensual que se liquida por cada hijo menor de dieciocho (18) años que se encuentre a cargo del trabajador. Tiene derecho a reclamarla también el abuelo de nietos naturales siempre que los padres de estos últimos sean menores de 18 años y el solicitante conviva con ese nieto y con el padre/madre. También se abona al trabajador que tenga la Guarda, Tenencia, Tutela o Adopción de un menor.
Caducidad	Se reconocerán hasta dos (2) años de retroactivo, anteriores a la fecha de efectuado el reclamo ante ANSES y presentada la documentación respectiva, siempre que durante ese período cumpla con todos los requisitos establecidos para el cobro de esta Asignación.
Requisitos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Que el hijo sea menor de dieciocho (18) años, resida en el país, sea soltero, se encuentre a cargo del trabajador, aunque trabaje en relación de dependencia o perciba un beneficio de la Seguridad Social. ✓ Cumplir con los topes establecidos en la normativa vigente.
Documentación	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Original y copia de la Partida de Nacimiento. ✓ En caso de Guarda/Tutela: Original y copia del Testimonio Judicial. ✓ En caso de Tenencia: Original y copia del Testimonio Judicial de Tenencia. ✓ Si el reclamante es el abuelo, debe presentar Partidas de Nacimiento de los padres menores de 18 años y del nieto; Información Sumaria para acreditar la convivencia y que tiene a su cargo a hijo y nieto. Certificado de Pluricobertura del padre/madre menor de 18 años ó Declaración Jurada de no encontrarse bajo relación de dependencia.
ASIGNACIÓN FAMILIAR POR HIJO CON DISCAPACIDAD	
Definición	Suma mensual que se liquida por cada Hijo con Discapacidad que se encuentre a cargo del trabajador, sin requisito de topes, sin límite de edad y siempre que obre Autorización Expresa de ANSES. Tiene derecho a reclamarla también el abuelo de nietos naturales con discapacidad siempre que los padres de estos últimos sean menores de 18 años y el solicitante conviva con ese nieto y con el padre/madre. También se abona al trabajador que tenga la Guarda, Tenencia, Tutela, Adopción, Curatela a la Persona, o sea Pariente por consanguinidad o afinidad, comprendido en los Arts. 367 y 368 del Código Civil.
Caducidad	Cada periodo prescribe a los dos (2) años contados a partir de la omisión ó interrupción de la liquidación, siempre que cuente con autorización expresa de ANSES vigente.
Requisitos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Contar con Autorización Expresa de ANSES. ✓ Hijos con Discapacidad sin límite de edad, residentes en el país, solteros, viudos, divorciados o separados legalmente, a cargo del trabajador, aunque trabajen en relación de dependencia o perciban un beneficio de la Seguridad Social. ✓ No rigen requisitos de topes.
Documentación	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La misma que se exige para "Hijo", más Autorización Expresa de ANSES. ✓ Pariente por consanguinidad o afinidad: Original y copia de la Partida de Nacimiento de la persona con discapacidad; original y copia de la Partida de Defunción de los padres; original y copia del Testimonio Judicial o Información Sumaria donde se establezca que se encuentra a cargo y comprendido en los Arts. 367 y 368 del Código Civil. ✓ Curador a la Persona: Original y copia del Testimonio Judicial de Curatela a la Persona.
ASIGNACIÓN FAMILIAR POR AYUDA ESCOLAR ANUAL	
Definición	Suma de dinero que se liquida una vez al año, por cada hijo que concurra a un Establecimiento Nacional, Provincial, Municipal o Privado, incorporado a la Enseñanza Oficial donde se imparte Educación Inicial, Primaria, General Básica, Secundaria, Polimodal o Diferencial. También para el hijo con discapacidad, sin límite de edad, que cuente con Autorización expresa de ANSES vigente, cuando concurra a los establecimientos y niveles antes detallados y además cuando reciba Rehabilitación, Educación Diferencial por Maestros Particulares que posean matrícula o registro/legajo habilitante o concurran a Talleres Protegidos o Centros de Formación Laboral.
Caducidad	Presentar la documentación ante ANSES desde el inicio del ciclo lectivo o Tratamiento de Rehabilitación hasta el 31 de Diciembre de cada año.
Requisitos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tener derecho al cobro de la Asignación Familiar por Hijo/ Hijo con Discapacidad entre enero y diciembre de cada año. ✓ No rigen requisitos de topes ,para la Ayuda Escolar Anual en caso de Hijo con Discapacidad.
Documentación	✓ Formulario PS. 2.68 "Acreditación de Escolaridad / Escolaridad Especial / Formación" debidamente cumplimentado.

NOTA:

Para el pago de Asignaciones Familiares es necesario contar con la información del titular y su grupo familiar registrada en las bases de ANSES. Si usted ya cuenta con sus datos actualizados no será necesario que presente nuevamente la documentación. Todas las notificaciones efectuadas en el domicilio por usted declarado se considerarán válidas. Se recuerda que cuando se produzca una modificación de sus datos personales como así también un alta, baja o modificación respecto de sus relaciones y cargas familiares es obligación declarar dicha situación ante las oficinas de ANSES presentando la documentación necesaria. El pago de las Asignaciones Familiares se efectúa en base al "Ingreso del Grupo Familiar": que consiste en la suma de las remuneraciones de los trabajadores en relación de dependencia registrados, más la Asignación Familiar por Maternidad/Maternidad Down (en caso de corresponder), excluyendo las horas extras, el plus por zona desfavorable y el aguinaldo; más las rentas de referencia para trabajadores autónomos, monotributistas y servicio doméstico, más los haberes de jubilación y pensión, más el monto de la Prestación por Desempleo, más Planes Sociales, más las sumas originadas en Prestaciones Contributivas y/o No Contributivas de cualquier índole.

Antigüedad: A los fines del cómputo de la antigüedad (para Nacimiento, Matrimonio, Adopción y Prenatal), puede sumarse a la actual, la correspondiente a otro empleo inmediatamente anterior. También se computa el plazo en que se hubiere percibido la Prestación por Desempleo. Los trabajadores de temporada pueden agregar el tiempo trabajado con uno ó más empleadores durante los 12 meses anteriores al inicio de la actual actividad, pero deben estar trabajando al momento del hecho generador.

Renuncia al cobro: Para renunciar al cobro de las Asignaciones Familiares porque el otro progenitor desea percibirlas, el titular de SUAF debe presentar ante ANSES el Formulario PS.2.53 "DDJJ Renuncia/Revocación de Renuncia al Cobro de AAFF-SUAF". Este formulario también debe presentarse para revocar la renuncia efectuada.

Depósito Judicial: Si un Juez ordena el depósito de las Asignaciones Familiares, el Oficio a presentar ante ANSES debe contener:

Nombre/s y Apellido/s, CUIL ó Documento Nacional de Identidad del Embargante.

Nombre/s y Apellido/s, CUIL ó Documento Nacional de Identidad del Embargado.

Nombre/s y Apellido/s, CUIL ó Documento Nacional de Identidad del/los relacionado/s por el/los cual/es se libra el Oficio Judicial.

Fecha de Oficio (fecha de emisión del Oficio Judicial).

Fecha de Sentencia (no es obligatorio).

Período Desde (fecha a partir de la cual debe hacerse efectivo el Depósito Judicial).

Jurisdicción, Juzgado, Carátula –Autos-, Nombre y Apellido del Juez o Secretario del Juzgado interveniente.

Medio de Pago del Embargante: CBU de una Cuenta Judicial, en este caso se debe presentar además una Constancia de CBU de la cual surja el Número de Cuenta Bancaria y CBU correspondiente, Denominación de Autos y Número de Expediente Judicial. Si el Juez ordenara en el oficio que el lugar de pago lo determine el/la Embargante, sólo en este caso el/la Embargante podrá presentar la Constancia de CBU de una cuenta propia de la que surja su Nombre y Apellido, DNI o CUIL y Número de CBU o bien se le asignará un Banco para el cobro por ventanilla si no contara con una CBU propia. Firma del Juez o Secretario del Juzgado interveniente.

Medio de Pago: A los efectos de liquidar las Asignaciones Familiares, ANSES debe contar con un medio de pago elegido por el titular. Para presentar o modificar el medio de pago se debe presentar el Formulario PS.2.72 - Reclamos Generales para los Sistemas UVHI y SUAF, cumplimentando "DATOS DEL TITULAR", en "Tipo de Reclamo" marcar con una cruz en la casilla MEDIO DE PAGO y en el Rubro 2 - Medio de Pago debe consignar Provincia, Localidad y Código Postal a fin de asignarle una Entidad Bancaria para el cobro o Correo Argentino en el caso de ser menor de 18 años. En el caso de contar con una CBU de una Cuenta Bancaria sueldo ó propia debe consignar el N° de CBU, adjuntando Constancia emitida por el Banco o copia del Extracto Bancario donde conste CUIL ó DNI, Apellido y Nombre y número de CBU correspondiente.

Apoderado: Cuando la elección del medio de Pago es a través de Banco o Estafeta Postal Sucursal de Correo, el trabajador podrá designar a una persona para que se presente a percibir sus Asignaciones Familiares. Para ello, debe presentar ante ANSES el Formulario PS.2.55 "DDJJ Novedades Unificadas - SUAF" debidamente cumplimentado y con las firmas debidamente certificadas.

Derivación de la Liquidación de AAFF a las madres: El efectivo pago de las asignaciones familiares correspondientes a los sujetos comprendidos en el artículo 1º incisos a) y b) de la ley N° 24.714, se realizará a la mujer, independientemente del integrante del grupo familiar que genera el derecho al cobro de la prestación. Para ello se debe cumplimentar el formulario PS.2.73 Solicitud de Percepción de Asignaciones Familiares – Madres. Salvo en los casos de guarda, curatela, tutela y tenencia que se realizará al guardador, curador, tutor ó tenedor respectivamente que correspondiere.

**Firma/Aclaración de Firma
del Trabajador**

Ministerio de Trabajo,
Empleo y Seguridad Social

**Firma/Aclaración de Firma y
Sello del Empleador**

**MAPFRE**

EDIFICIO MAPFRE:

Alférez Hipólito Bouchard 4191 (B1605BNA) Munro, Buenos Aires. TE 4320-6700 - Fax 4320-6706

TALON PARA EL EMPLEADOR

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DTO. 1567/74Nº de Legajo, registro, ficha, etc. 553251

Compañía Aseguradora MAPFRE ARGENTINA SEGUROS DE VIDA S.A.

Nombre y Apellido Gojo Satoru CUIL (o Nº de Libreta de Ahorro) 55-32152351-2Documento Tipo DU Nº 21.523.512 Expedido por RENAPERFecha de Nacimiento 1 | 1 | 2024 Capital Asegurado \$ 2,351,235.00 Fecha del Ingreso al Empleo 7 | 12 | 2025Domicilio Particular: Calle Jujutsu Nº Kaise Piso t1 Dpto. e1 CP 4321Localidad Tokio Pcia. JapnEmpleador constructoraDomicilio Particular: Calle calle cosntru Nº 432 Piso 2 Dpto. b CP 9870Localidad La Plata Pcia. Correola

BENEFICIARIOS / Todo el personal asegurado deberá designar beneficiario. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.

Nombre y Apellido

Parentesco

Domicilio

Documento

%

Lugar y fecha La Plata 07/12/2025Firma del Asegurado
(o impresión digital)

La presente constancia deberá ser remitida por el Empleador a la Aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficio.

**MAPFRE**

EDIFICIO MAPFRE:

Alférez Hipólito Bouchard 4191 (B1605BNA) Munro, Buenos Aires. TE 4320-6700 - Fax 4320-6706

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DTO. 1567/74Nº de Legajo, registro, ficha, etc. 553251

Compañía Aseguradora MAPFRE ARGENTINA SEGUROS DE VIDA S.A.

Nombre y Apellido Gojo Satoru CUIL (o Nº de Libreta de Ahorro) 55-32152351-2Documento Tipo DU Nº 21.523.512 Expedido por RENAPERFecha de Nacimiento 1 | 1 | 2024 Capital Asegurado \$ 2,351,235.00 Fecha del Ingreso al Empleo 7 | 12 | 2025Domicilio Particular: Calle Jujutsu Nº Kaise Piso t1 Dpto. e1 CP 4321Localidad Tokio Pcia. JapnEmpleador constructoraDomicilio Particular: Calle calle cosntru Nº 432 Piso 2 Dpto. b CP 9870Localidad La Plata Pcia. Correola

BENEFICIARIOS / Todo el personal asegurado deberá designar beneficiario. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.

Nombre y Apellido

Parentesco

Domicilio

Documento

%

Lugar y fecha La Plata 07/12/2025Firma del Asegurado
(o impresión digital)

La presente constancia deberá ser remitida por el Empleador a la Aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficio.

**MAPFRE**

EDIFICIO MAPFRE:

Alférez Hipólito Bouchard 4191 (B1605BNA) Munro, Buenos Aires. TE 4320-6700 - Fax 4320-6706

TALON PARA EL ASEGUROADO

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DTO. 1567/74Nº de Legajo, registro, ficha, etc. 553251

Compañía Aseguradora MAPFRE ARGENTINA SEGUROS DE VIDA S.A.

Nombre y Apellido Gojo Satoru CUIL (o Nº de Libreta de Ahorro) 55-32152351-2Documento Tipo DU Nº 21.523.512 Expedido por RENAPERFecha de Nacimiento 1 | 1 | 2024 Capital Asegurado \$ 2,351,235.00 Fecha del Ingreso al Empleo 7 | 12 | 2025Domicilio Particular: Calle Jujutsu Nº Kaise Piso t1 Dpto. e1 CP 4321Localidad Tokio Pcia. JapnEmpleador constructoraDomicilio Particular: Calle calle cosntru Nº 432 Piso 2 Dpto. b CP 9870Localidad La Plata Pcia. Correola

BENEFICIARIOS / Todo el personal asegurado deberá designar beneficiario. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.

Nombre y Apellido

Parentesco

Domicilio

Documento

%

Lugar y fecha La Plata 07/12/2025Firma del Asegurado
(o impresión digital)

La presente constancia deberá ser remitida por el Empleador a la Aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficio.

ARTICULO 5º: PRIMA. SUMA ASEGURADA

El costo del seguro estará a cargo del empleador.

ARTICULO 7º: SOLICITUD DEL SEGURO - EMISION DE LA POLIZA - NOMINA DEL PERSONAL ASEGURADO

Las solicitudes de seguro que formulen los tomadores serán acompañadas de manera indefectible, con copia de la última nómina del personal empleado declarada al sistema Unico de la Seguridad Social (SUSS), a cargo de la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP).

A partir del momento de inicio de la cobertura queda incluido en la misma todo el personal en relación de dependencia declarado al SUSS sin necesidad de ulterior comunicación a la aseguradora. Cuando el tomador empleador - contratante no estuviere incluido en el Sistema Unico de la Seguridad Social será su obligación comunicar a la aseguradora al momento de presentar la solicitud de seguro, el número de C.U.I.L. (Clave Unica de Identificación Laboral) del personal asegurado y en el caso de menores, el número de la cuenta de la Caja de Ahorro Especial, y mantener ésta nómina actualizada con las altas y bajas producidas.

Las entidades aseguradoras deberán entregar la póliza al tomador por un medio que permita comprobar su recepción dentro de los 15 [QUINCE] días de celebrado el contrato.

Dicha póliza deberá emitirse anualmente. Consignará en su frente superior el texto "Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto N° 1.567/74" y contendrá el número de registro y su fecha de emisión, el nombre, domicilio y demás datos personales del tomador, capital asegurado, prima vigente al inicio de la cobertura, plazo y condiciones de pago y riesgo cubierto.

El tomador de la póliza deberá exhibir, un Afiche donde se indique:

a) Aseguradora donde se encuentra vigente la cobertura, domicilio, teléfonos, dirección electrónica.

b) Como mínimo, incluirá la información que se señala en el Anexo I del presente.

c) Al pie se indicará que cualquier consulta o denuncia relativa a ésta cobertura debe dirigirse a la Superintendencia de Seguros de la Nación, con su dirección, teléfonos, y dirección electrónica.

Este Afiche deberá ser provisto por la aseguradora conjuntamente con la entrega de la póliza.

ARTICULO 8º: DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Todo el personal asegurado tiene el derecho a designar beneficiarios.

La aseguradora deberá exigir al tomador que efectúe la comunicación a los asegurados en orden al derecho de designar beneficiarios, para lo cual, dentro de los 15 [quince] días de contratada la cobertura o de denunciada la incorporación del nuevo empleado, según corresponda, la aseguradora deberá proveer al tomador del seguro, por cada asegurado, el "Formulario de Designación de Beneficiarios".

En el "Formulario de Designación de Beneficiario" que le proporcionará el empleador; el asegurado consignará, el lugar y la fecha e instituirá a las personas beneficiarias del seguro, determinando en su caso, la cuota parte que le asigna a cada uno de los beneficiarios designados, domicilio, tipo y número de Documento de Identidad y firma del asegurado.

El Original y Duplicado quedarán en poder del tomador quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el pago del beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado asegurado.

Cuando el empleado asegurado no designe beneficiario o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a los herederos.

El asegurador que pagare conforme a lo establecido en el presente artículo, queda liberado de toda responsabilidad frente al siniestro.

ARTICULO 14º: COMUNICACION DE ALTAS Y BAJAS - AJUSTE DE LAS PRIMAS

Las altas y bajas serán comunicadas por el tomador a la aseguradora, con el envío de la última nómina del personal empleado declarada al Sistema Unico de la Seguridad Social (SUSS), la que establecerá el cálculo para el ajuste de primas si corresponiere.

La aseguradora tendrá el derecho a exigir al tomador la última nómina de personal empleado declarada al Sistema Unico de la Seguridad Social (SUSS) cuando lo estime conveniente.

ARTICULO 15º: LIQUIDACION FRENTE AL SINIESTRO

La aseguradora deberá requerir del tomador que acredite haber notificado fehacientemente de la existencia del beneficio, al momento de producirse el siniestro, en el último domicilio que el asegurado tenga registrado, y dirigida a los presuntos herederos y/o beneficiarios.

En esta notificación se deberá especificar el monto del beneficio, así como que su cobro puede efectuarse personalmente. En caso de requerirse el cobro a través de mandatarios se requerirá al efecto un Poder Especial en el cual se deberá especificar concepto y monto del beneficio.

Los aseguradores liquidarán el siniestro de los seguros en vigencia una vez que cuenten con los siguientes elementos:

1 • Partida de Defunción del Asegurado.

2 • Constancia de CUIL del trabajador y de su incorporación a la nómina de empleados del tomador-empleador o declaración de Alta Temprana de AFIP.

3 • Formulario de Designación de Beneficiarios.

4 • En caso de no existir designación de beneficiario o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, copia autenticada del testimonio de la declaración de herederos o del auto de aprobación del testamento.

5 • Si los beneficiarios son incapaces, la documentación que acredite quien ejerce su patria potestad, tutela o curatela.

Completada la documentación indicada, el Asegurador tendrá 15 [quince] días corridos para efectuar el pago del beneficio.

Ante la falta de reclamo por parte de los beneficiarios, herederos judicialmente declarados o testamentarios, transcurridos tres meses desde la producción del siniestro, la entidad aseguradora deberá depositar el importe de la prestación en la Caja Compensadora.

ARTICULO 27º: PRESCRIPCION

Los derechos inherentes a la relación entre la Caja Compensadora y las aseguradoras, prescriben en el término de 5 [cinco] años, con el alcance dispuesto por el artículo 4027 inciso 3º del Código Civil.

Los derechos que corresponden al Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto Nro. 1567/74, se rigen en materia de prescripción por el artículo 58 de la Ley 17.418.

COBERTURA DE ART

Aseguradora de Riesgos del Trabajo

mapfre

Trabajador: Gojo Satoru

Ref: Res. SRT 310/02 y 502/02

Fecha: 07/12/2025

Por medio de la presente, se le notifica que se encuentra cubierto por **mapfre ART** ante cualquier accidente de trabajo o enfermedad profesional. A continuación se detallan sus obligaciones y derechos bajo la normativa vigente:

1

Credencial Obligatoria:

Usted debe llevar consigo en todo momento la "Credencial de Identificación" provista por la empresa (tarjeta plástica o digital).

2

Denuncia de Accidentes:

Es su obligación comunicar inmediatamente a su empleador cualquier accidente ocurrido en el lugar de trabajo o en el trayecto (in itinere).

3

Asistencia Directa:

Si no pudiera comunicarse con su empleador ante una emergencia médica laboral, debe contactar directamente a la ART.

CENTRO DE COORDINACIÓN DE EMERGENCIAS MÉDICAS

0800-123-4567

Atención las 24 horas - Los 365 días del año

Conserve este número en su teléfono celular bajo el nombre "ART EMERGENCIA".

Queda Ud. debidamente notificado.

Se hace entrega de la credencial correspondiente.

Nombre: Gojo Satoru

D.N.I.: 21.523.512

Fecha: 07/12/2025

Gojo Satoru

Firma del Empleado

COBERTURA DE ART

Aseguradora de Riesgos del Trabajo

mapfre

Trabajador: Gojo Satoru

Ref: Res. SRT 310/02 y 502/02

Fecha: 07/12/2025

Por medio de la presente, se le notifica que se encuentra cubierto por **mapfre ART** ante cualquier accidente de trabajo o enfermedad profesional. A continuación se detallan sus obligaciones y derechos bajo la normativa vigente:

1

Credencial Obligatoria:

Usted debe llevar consigo en todo momento la "Credencial de Identificación" provista por la empresa (tarjeta plástica o digital).

2

Denuncia de Accidentes:

Es su obligación comunicar inmediatamente a su empleador cualquier accidente ocurrido en el lugar de trabajo o en el trayecto (in itinere).

3

Asistencia Directa:

Si no pudiera comunicarse con su empleador ante una emergencia médica laboral, debe contactar directamente a la ART.

CENTRO DE COORDINACIÓN DE EMERGENCIAS MÉDICAS

0800-123-4567

Atención las 24 horas - Los 365 días del año

Conserve este número en su teléfono celular bajo el nombre "ART EMERGENCIA".

Queda Ud. debidamente notificado.

Se hace entrega de la credencial correspondiente.

Nombre: Gojo Satoru

D.N.I.: 21.523.512

Fecha: 07/12/2025

Gojo Satoru

Firma del Empleado

TRÁMITE DE OBRA SOCIAL

Instructivo de Afiliación y Opción de Cambio

La Plata

07/12/2025

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

El trámite es **personal** y debe realizarse en la sede de la Obra Social elegida. Usted deberá presentar la siguiente documentación:

- Fotocopia D.N.I. del Titular
- Fotocopia Último Recibo de Sueldo
- Fotocopia Cert. de Matrimonio / Unión Convivencial
- Fotocopia D.N.I. de Cónyuge e Hijos
- Certificados de Nacimiento de los Hijos

DERECHO DE OPCIÓN DE CAMBIO

De acuerdo al **Decreto 1400/01**, el trabajador puede ejercer el derecho de cambio desde el inicio de la relación laboral.

Condiciones Clave:

1. **Frecuencia:** Una vez al año.
2. **Vigencia:** Efectiva el 1º día del tercer mes desde la solicitud. (La Obra Social de origen cubre hasta esa fecha).
3. **Lugar:** Exclusivamente en la sede de la Obra Social elegida (nunca en la empresa ni en medicina prepaga).
4. **Costo:** El trámite es totalmente **GRATUITO**.

¡AVISO IMPORTANTE!

Una vez finalizado el trámite en la Obra Social, es su obligación:

ENTREGAR AL EMPLEADOR COPIA DEL FORMULARIO DE OPCIÓN

Sin este comprobante, la empresa no podrá derivar sus aportes correctamente.

Nombre: Gojo Satoru

D.N.I.: 21.523.512

Fecha: 07/12/2025

Gojo Satoru

Firma del Empleado

TRÁMITE DE OBRA SOCIAL

Instructivo de Afiliación y Opción de Cambio

La Plata

07/12/2025

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

El trámite es **personal** y debe realizarse en la sede de la Obra Social elegida. Usted deberá presentar la siguiente documentación:

- Fotocopia D.N.I. del Titular
- Fotocopia Último Recibo de Sueldo
- Fotocopia Cert. de Matrimonio / Unión Convivencial
- Fotocopia D.N.I. de Cónyuge e Hijos
- Certificados de Nacimiento de los Hijos

DERECHO DE OPCIÓN DE CAMBIO

De acuerdo al **Decreto 1400/01**, el trabajador puede ejercer el derecho de cambio desde el inicio de la relación laboral.

Condiciones Clave:

1. **Frecuencia:** Una vez al año.
2. **Vigencia:** Efectiva el 1º día del tercer mes desde la solicitud. (La Obra Social de origen cubre hasta esa fecha).
3. **Lugar:** Exclusivamente en la sede de la Obra Social elegida (nunca en la empresa ni en medicina prepaga).
4. **Costo:** El trámite es totalmente **GRATUITO**.

¡AVISO IMPORTANTE!

Una vez finalizado el trámite en la Obra Social, es su obligación:

ENTREGAR AL EMPLEADOR COPIA DEL FORMULARIO DE OPCIÓN

Sin este comprobante, la empresa no podrá derivar sus aportes correctamente.

Nombre: Gojo Satoru

D.N.I.: 21.523.512

Fecha: 07/12/2025

Gojo Satoru

Firma del Empleado