

Declaración Jurada del Beneficiario

TV SALUD

TITULAR

ADICIONAL

Oviedo Rubén Omar
 20 31089360-0 Argentino 31 07 1964 Posadas
 Co. de los 836
 5624 2625 453399

Avda del Pedoe Mendoza
 SUSTITUTO DE DISTRIBUIDOR X
 SECCIÓN X
 ENTREGA e.t.c.
 Recl del Pedoe
 FUNCIÓN CATEGORÍA
 Administrativo 8

LO MEJOR AL PRECIO
 09/09/2023

GRUPO FAMILIAR - Documentación obligatoria a presentar. Ver al reverso
 APELLIDO Y NOMBRE NACIONALIDAD CUIL FECHA DE NACIMIENTO
 Azcoaga Rose Argentino 21 366985434 29/10/64 Posadas Esposa
 Oviedo Federico " 18/04/80 Soñeros Hijo
 Oviedo Gabriel " 16/09/83 " Hijo

Este formulario tiene validez de Declaración Jurada.
 Afirmo que los datos consignados en este formulario son correctos y que he confeccionado esta Declaración sin omitir ni falsear dato alguno que deba contener, siendo fiel exponente de la verdad.
 Asimismo me comprometo a informar a esta Entidad cualquier cambio producido en el aspecto laboral o cobertura médica de mi Grupo Familiar declarado, a efectos de no infringir la norma establecida en el decreto 576/93.

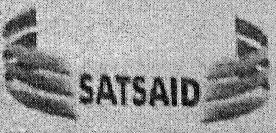
DEJO DE ESTA FORMA MANIFESTADA MI VOLUNTAD DE AFILIARME A TV SALUD, AD REFERÉNDUM DE LA RATIFICACIÓN PERSONAL QUE REALIZARE UNA VEZ SUPERADA LA EMERGENCIA EN CUANTO REPIERE RESPECTO A LAS REGLAMENTACIONES INHERENTES AL DISTANCIAMIENTO SOCIAL

Firma y Aclaración

Rubén Oviedo

Recl del Pedoe, 18-09-24

Lugar y Fecha



Sindicato Autónomo de Trabajadores de la Administración de la Seguridad Social y de la Justicia

Sindicato Autónomo de Trabajadores de la Justicia

FICHA DE AFILIACIÓN

IMPORTANTE

Completar en letra de Imprenta
Adjuntar copia de recibo de sueldo o alta impresa

Para uso S.A.T.S.A.I.D. Central

Categoría Activo
Adherente



Nº de Afiliado

Oviedo

Civil 20-14089360 e

Fecha Nac 21/01/64 Edad 58

Domicilio Correo

Licencia Red del Padre 3624 - Provincia

Celular 26251 455399

Empresa C.t.c.

Sociedad Red del Padre

Dirección San Martín y Coacientes

Funión Administrativa

Nombres Rubén Omar

Sexo M

Nacionalidad Argentina

Estudios Secundarios

Teléfono 1

E-mail rubenoviedo27@gmail.com

Ingreso 09/09/2023



Firma del Afiliado

(Completar información del Grupo Familiar exclusivamente los trabajadores que NO PERTENECEN a la Obra Social del Personal de Televisión)

GRUPO FAMILIAR DIRECTO (*)

Parentesco	Apellido y Nombres	Estado Civil	CUIL	Nacionalidad	Fecha de Nacimiento
Esposa	Oviedo Rubén		21.366985434	Argentina	21/01/64
	Decouz Rose Fabiana	casada		Argentina	
Hijo	Oviedo Federico	solo		Argentina	18/04/80
Hijo	Oviedo Gabriel	l.			16/09/85

(*) Se entiende por grupo familiar directo al conformado por esposa, concubina y/o hijos para los cuales se requiere presentar, en caso de tener declarado a su grupo familiar en ANSES, únicamente el CODEM, que lo podrá imprimir desde la página servicios www.anses.gov.ar/ooss2/consultadeobrasocial. Caso contrario debe adjuntar la siguiente documentación: Certificado de Matrimonio, Información Sumaria y/o Certificado de Nacimiento, respectivamente.

ESTE FORMULARIO TIENE VALIDEZ DE DECLARACIÓN JURADA

AFIRO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN ESTA FICHA DE AFILIACIÓN SON CORRECTOS, SIN OMITIR NI FALSEAR.

DATO ALGUNO QUE DEBA CONTENER SIENDO FIEL EXPONENTE DE LA VERDAD.

DEJO DE ESTA FORMA MANIFESTADA MI VOLUNTAD DE AFILIARME AL SATSAID, AD REFERÉNDUM DE LA

RATIFICACIÓN PERSONAL QUE REALIZARE UNA VEZ SUPERADA LA EMERGENCIA EN CUANTO REFIERE RESPECTO

A LAS REGLAMENTACIONES INHERENTES AL DISTANCIAMIENTO SOCIAL

FIRMA Y Aclaración

Rubén Oviedo



Solicito mi incorporación a la Asociación Mutual de los Empleados de Comunicación y Afines "12 de Agosto A.M.C." en carácter de adherente, detallando a continuación mis datos de afiliación.

APELLIDO Y NOMBRE: Oviedo Rubén Ormeño EMPRESA: E.T.C.

D.N.I / N° / LF: 31.089.360

DOMICILIO: Córdoba 836 - Red del Padoe - San Rafael - Mendoza

TEL: 2625-455399

CEL: 2625-455399

MAIL: rubenoviedo27@gmail.com

OBSERVACIONES:

Declaro bajo juramento cumplir las terminos del Estatuto y Reglamento de la Asociación Mutual 12 de agosto y presta expresa conformidad de permanecer adherido por el plazo de un año como mínimo. También me comprometo a realizar el pago de la cuota societaria dentro de los 30 días.

Firmando la presente conformidad y para constancia en:

Mendoza a los del mes de de

Rubén Oviedo
FIRMA Y ACLARACIÓN



Sindicato Argentino de Televisión, Telecomunicaciones
Servicio Audiovisual, Internet y de Datos

FICHA DE AFILIACIÓN

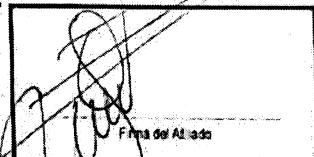
IMPORTANTE
Completar en letra de imprenta
Adjuntar copia del recibo de sueldo o alta temprana

Para uso S.A.T.S.A.I.D. Central

Categoría : Activo Adherente

Nº de Afiliado :

Apellido : Gerino Carrillo Nombres : Denib Facundo
 CUIL : 20-35623423-6 Sexo : F M Nacionalidad : Argentino
 Fecha Nac : 26.04.1992 Estado Civil : Casado Estudios : Universitarios
 Domicilio Completo : San Juan Bosco 937
 Localidad : San Rafael C.P. : 5600 Provincia : Mendoza Teléfono : (010) 42014058900
 Celular : 126014058900 e-mail : facundo.gerino26@gmail.com
 Empresa : Oficina Pyme S.A. Ingreso : 02.05.2023
 Sucursal : San Rafael
 Dirección : Cte Salzs 200
 Función : Operario deposito Grupo Salarial : 8



(Completar información del Grupo Familiar exclusivamente los trabajadores que NO PERTENECEN a la Obra Social del Personal de Televisión)

GRUPO FAMILIAR DIRECTO (*)

Parentesco	Apellido y Nombres	Estado Civil	CUIL	Nacionalidad	Fecha de Nacimiento

(*) Se entiende por grupo familiar directo al conformado por esposa, concubina y/o hijos para los cuales se requiere presentar, en caso de tener declarado a su grupo familiar en ANSES, únicamente el CODEM, que lo podrá imprimir desde la página servicios www.anses.gov.ar/ooss2/consultadeobrasocial. Caso contrario debe adjuntar la siguiente documentación: Certificado de Matrimonio, Información Sumaria y/o Certificado de Nacimiento, respectivamente.

ESTE FORMULARIO TIENE VALIDEZ DE DECLARACIÓN JURADA

AFIRO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN ESTA FICHA DE AFILIACIÓN SON CORRECTOS, SIN OMITIR NI FALSEAR
DATO ALGUNO QUE DEBA CONTENER SIENDO FIEL EXPONENTE DE LA VERDAD.

DEJO DE ESTA FORMA MANIFESTADA MI VOLUNTAD DE AFILIARME AL SATSAID, AD REFERÉNDUM DE LA
RATIFICACIÓN PERSONAL QUE REALIZARE UNA VEZ SUPERADA LA EMERGENCIA EN CUANTO REFIERE RESPECTO
A LAS REGLAMENTACIONES INHERENTES AL DISTANCIAMIENTO SOCIAL

Denib Facundo
Gerino Carrillo

FIRMA Y ACLARACION

Declaración Jurada del Beneficiario

TV SALUD
OPERA SOCIAL DE TELEVISION

TITULAR		SECCIONAL	
APELLIDO Gerino Carrillo	NOMBRE Danilo Facundo		
CUIL 20-35623423-6	NACIONALIDAD Argentino.	FECHA DE NACIMIENTO 18/11/1994	ESTADO CIVIL
DOMICilio CALLE San Juan Bosco	TELÉFONO 5600 ()	TELÉFONO (2604) 058900	
LOCALIDAD San Rafael	EMAIL facundogerino26@gmail.com	BARRIO Centro	PROVINCIA Mendoza.
ULTIMO NIVEL DE ESTUDIO SECUNDARIO	PRIMARIO UNIVERSITARIO	DOMICILIO CASA/CENTRAL Cte Salas 200	
EMPRESA Oficinz Pyme S.A	OTRO Deposito San Rafael	DOMICILIO LUGAR DE TRABAJO Ruiz Darret 291	
FUNCION Operario deposito	CATEGORIA 8	FECHA DE NAC A LA EMPRESA 02/05/2023	

GRUPO FAMILIAR - Documentación obligatoria a presentar. Ver al dorso

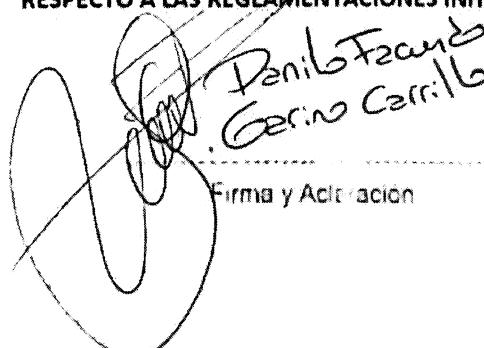
APELLIDO Y NOMBRE	NACIONALIDAD	CUIL	FECHA DE NAC	EST. CIVIL	PARENT
Gómez Arenas Giulia	Argentino	27-37521118-7	19/10/1994	Casada	Espouse
Gerino Gómez Serz Lujan	Argentino	23-57797137-4	04/02/2020		hija
Gerino Gómez Amalia Lucía	Argentino	27-70278952-4	10/06/2024		hija
				/ /	
				/ /	
				/ /	
				/ /	

Este formulario tiene validez de Declaración Jurada.

Afirmo que los datos consignados en este formulario son correctos y que he confeccionado esta Declaración sin omitir ni falsear dato alguno que deba contener, siendo fiel exponente de la verdad.

Asimismo me comprometo a informar a esta Entidad cualquier cambio producido en el aspecto laboral o cobertura médica de mi Grupo Familiar declarado, a efectos de no infringir la norma establecida en el decreto 576/93.

DEJO DE ESTA FORMA MANIFESTADA MI VOLUNTAD DE AFILIARME A TV SALUD, AD REFERÉNDUM DE LA RATIFICACIÓN PERSONAL QUE REALIZARE UNA VEZ SUPERADA LA EMERGENCIA EN CUANTO REFIERE RESPECTO A LAS REGLAMENTACIONES INHERENTES AL DISTANCIAMIENTO SOCIAL



Gerino Carrillo

Firma y Aclaración

San Rafael Mza. 20/9/2024

Lugar y Fecha



Sindicato Argentino de Televisión, Telecomunicaciones
Servicios Audiovisuales, Interactivos y de Datos

EJECUTIVO DE AFILIACIÓN

FICHA DE AFILIACIÓN

IMPORTANTE

Completar en letra de imprenta

Adjuntar copia de recibo de sueldo o alta temprana

Para uso S.A.T.S.A.I.D. Central

Categoría : Activo

Adherente

Nº de Afiliado :

Apellido : Galdame Nombres : Max Emil
C.U.I.L : 20-44058077-8 Sexo: ♂ M Nacionalidad Argentina
Fecha Nac: 27/02/2002 Estado Civil : Soltero Estudios: SECUNDARIOS
Domicilio Completo : Rawson 1330
Localidad : San Rafael CP: 5600 Provincia: Mendoza Teléfono: (260) 465 8599
Celular: (260) 465 0599 e-mail: maxgaldame @gmail.com
Empresa: OFICINA PYME Ingreso: 22.11.2023
Sucursal: Call Center
Dirección: Comandante Jose A. Sales 200
Función: Administrativa Grupo Salarial: 8

(Completar información del Grupo Familiar exclusivamente los trabajadores que NO PERTENEZCAN a la Obra Social del Personal de Televisión)

GRUPO FAMILIAR DIRECTO (*)

(*) Se entiende por grupo familiar directo al conformado por esposa, concubina y/o hijos para los cuales se requiere presentar, en caso de tener declarado a su grupo familiar en ANSES, únicamente el CODEM, que lo podrá imprimir desde la página servicios www.anses.gov.ar/ooss2/consultadeobrasocial. Caso contrario debe adjuntar la siguiente documentación: Certificado de Matrimonio, Información Sumaria y/o Certificado de Nacimiento, respectivamente.

ESTE FORMULARIO TIENE VALIDEZ DE DECLARACIÓN JURADA

**AFIRMO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN ESTA FICHA DE AFILIACIÓN SON CORRECTOS, SIN OMITIR NI FALSEAR
DATO ALGUNO QUE DEBA CONTENER SIENDO FIEL EXPONENTE DE LA VERDAD.**

DEJO DE ESTA FORMA MANIFESTADA MI VOLUNTAD DE AFILIARME AL SATTSAID, AD REFERÉNDUM DE LA RATIFICACIÓN PERSONAL QUE REALIZARE UNA VEZ SUPERADA LA EMERGENCIA EN CUANTO REFIERE RESPECTO A LAS REGLAMENTACIONES INHERENTES AL DISTANCIAMIENTO SOCIAL

MAX 6

Declaración Jurada del Beneficiario

TITULAR		SECCIONAL	
APELLIDO Mengarelli		NOMBRES Leonardo Valentino	
CUIL 20-42306522-3	NACIONALIDAD Argentina	FECHA DE NACIMIENTO 18/12/1999	ESTADO CIVIL Soltero
DVN DNI CALLE Necochea	NUMERO 689	PISO (1)	DEPTO (1)
COD. POSTAL 5600	TELÉFONO (260) 14415509	CELULAR (011) 15 30 00 00	BARRIO Sarmiento
LOGA. DAS San Rafael	LUGAR DE ESTUDIO PRIMARIO	E MAIL valentino.mengarelli@gmail.com	PROVINCIA Mendoza
ULTIMO NIVEL DE ESTUDIO SECUNDARIO X UNIVERSITARIO	DOMICILIO (CASA CENTRAL) Comandante Salas 200		
EMPRESA OFicina PYME	DOMICILIO (LUGAR DE TRABAJO) Comandante Salas 200		
SUCURSAL (LUGAR DONDE TRABAJA) Comandante Salas 200	FECHA DE ING. A LA EMPRESA 21/11/2023		
FUNCION Administrativo	CATEGORIA 8		

GRUPO FAMILIAR - Documentación obligatoria a presentar. Ver al corso

APELLIDO Y NOMBRE	NACIONALIDAD	CUIL	FECHA DE NAC.	EST. CIVIL	PARENT
		/ /	/ /		
		/ /	/ /		
		/ /	/ /		
		/ /	/ /		
		/ /	/ /		
		/ /	/ /		
		/ /	/ /		

Este formulario tiene validez de Declaración Jurada.

Afirmo que los datos consignados en este formulario son correctos y que he confeccionado esta Declaración sin omitir ni falsear dato alguno que deba contener, siendo fiel exponente de la verdad.

Asimismo me comprometo a informar a esta Entidad cualquier cambio producido en el aspecto laboral o cobertura médica de mi Grupo Familiar declarado, a efectos de no infringir la norma establecida en el decreto 576/93.

DEJO DE ESTA FORMA MANIFESTADA MI VOLUNTAD DE AFILIARME A TV SALUD, AD REFERÉNDUM DE LA RATIFICACIÓN PERSONAL QUE REALIZARE UNA VEZ SUPERADA LA EMERGENCIA EN CUANTO REFIERE RESPECTO A LAS REGLAMENTACIONES INHERENTES AL DISTANCIAMIENTO SOCIAL

Firma y Aclaración

Lugar y Fecha



Sindicato Argentino de Televisión, Telecomunicaciones
Servicios Audiovisuales, Interactivos y de Datos

FICHA DE AFILIACIÓN

IMPORTANTE

Completar en letra de imprenta
Adjuntar copia de recibo de sueldo o alta temprana

Para uso S.A.T.S.A.I.D. Central

Categoría : Activo

Adherente

Nº de Afiliado :

Apellido : Mengarelli Nombres : Leonardo Valentino

C.U.I.L : 30.42306522.3 Sexo : F M Nacionalidad : Argentina

Fecha Nac : 18/12/1999 Estado Civil : Soltero Estudios : Secundario

Domicilio Completo : Necochea 689

Localidad : San Rafael C.P. 5600 Provincia : Mendoza Teléfono : (260) 415509

Celular : () e-mail : valentino.mengarelli@gmail.com

Empresa : Oficina pyme Ingreso : 21/11/2023

Sucursal : San Rafael - Mendoza

Dirección : Comandante Solas 200

Función : Administrativo Grupo Salarial : 8

Mengarelli, Valentino

Firma del Afiliado

(Completar información del Grupo Familiar exclusivamente los trabajadores que NO PERTENECEN a la Obra Social del Personal de Televisión)

GRUPO FAMILIAR DIRECTO (*)

Parentesco	Apellido y Nombres	Estado Civil	CUIL	Nacionalidad	Fecha de Nacimiento

(*) Se entiende por grupo familiar directo al conformado por esposa, concubina y/o hijos para los cuales se requiere presentar, en caso de tener declarado a su grupo familiar en ANSES, únicamente el CODEM, que lo podrá imprimir desde la página servicios www.anses.gov.ar/ooss2/consultadeobrasocial. Caso contrario debe adjuntar la siguiente documentación: Certificado de Matrimonio, Información Sumaria y/o Certificado de Nacimiento, respectivamente.

ESTE FORMULARIO TIENE VALIDEZ DE DECLARACIÓN JURADA

AFIRMO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN ESTA FICHA DE AFILIACIÓN SON CORRECTOS, SIN OMITIR NI FALSEAR DATO ALGUNO QUE DEBA CONTENER SIENDO FIEL EXPONENTE DE LA VERDAD.

DEJO DE ESTA FORMA MANIFESTADA MI VOLUNTAD DE AFILIARME AL SATSAID, AD REFERÉNDUM DE LA RATIFICACIÓN PERSONAL QUE REALIZARE UNA VEZ SUPERADA LA EMERGENCIA EN CUANTO REFIERE RESPECTO A LAS REGLAMENTACIONES INHERENTES AL DISTANCIAMIENTO SOCIAL

Mengarelli, Valentino
42306522

FIRMA Y ACLARACION

Solicito mi incorporación a la Asociación Mutual de los Empleados de Comunicación y Afines "12 de Agosto A.M.C." en carácter de adherente, detallando a continuación mis datos de afiliación.

APELLIDO Y NOMBRE... Mengarelli Valentino

EMPRESA... Oficina pyme

D.N.I. / L.C. / L.E.... 42306522

DOMICILIO... Recalde 689

TEL.... 2604 415509

CEL....

MAIL... valentino.mengarelli@gmail.com

OBSERVACIONES.....

Declaro bajo juramento conocer los términos del Estatuto y Reglamento de la Asociación Mutual 12 de agosto y presto expresa conformidad de permanecer adherido por el lapso de un año como mínimo. También me comprometo a realizar el pago de la cuota societaria del 1 al 10 de cada mes.

Firmando la presente conformidad y para constancia en:

Mendoza a los... 18del mes de... septiembrede... 2024

Mengarelli Valentino

FIRMA Y ACLARACIÓN

GRUPO FAMILIAR - Documentación obligatoria a presentar: Ver al dorso

APELLIDO Y NOMBRE	NA	ONALIDAD	CUIL	FECHA DE NAC	EST	CIVIL	PARENT
				/ /			
				/ /			
				/ /			
				/ /			
				/ /			
				/ /			
				/ /			
				/ /			
				/ /			

Este formulario tiene validez de Declaración Jurada.

Afirmo que los datos consignados en este formulario son correctos y que he confeccionado esta Declaración sin omitir ni falsear dato alguno que deba contener, siendo fiel exponente de la verdad.

Asimismo me comprometo a informar a esta Entidad cualquier cambio producido en el aspecto laboral o cobertura médica de mi Grupo Familiar declarado, a efectos de no infringir la norma establecida en el decreto 576/93.

DEJO DE ESTA FORMA MANIFESTADA MI VOLUNTAD DE AFILIARME A TV SALUD, AD REFERÉNDUM DE LA RATIFICACIÓN PERSONAL QUE REALIZARE UNA VEZ SUPERADA LA EMERGENCIA EN CUANTO REFIERE RESPECTO A LAS REGLAMENTACIONES INHERENTES AL DISTANCIAMIENTO SOCIAL

Mengarelli

18/09/2024

Valentino Mengarelli, 42306522

Firma y Adclaración

Lugar y Fecha



Sindicato Argentino de Televisión, Telecomunicaciones
Servicios Audiovisuales, Interactivos y de Datos

FICHA DE AFILIACIÓN

IMPORTANTE

Completar en letra de imprenta
Adjuntar copia de recibo de sueldo o alta temprana

Para uso S.A.T.S.A.I.D. Central

Categoría : Activo Adherente
Nº de Afiliado :

Apellido : Corballo Nombres : Agustín Eduardo
C.U.I.L : 70-43156049-1 Sexo : F M Nacionalidad : Argentina
Fecha Nac : 12/05/07 Estado Civil : Soltero Estudios : Tercerario
Domicilio Completo : Necochea 940
Localidad : San Rafael CP. 5600 Provincia : Mendoza Teléfono : (260) 4003667
Celular : 1360 14003667 e-mail : agustin.corballo2001@hotmail.com
Empresa : CTC Ingreso : 23/05/23
Sucursal : San Rafael
Dirección : Salas 200
Función : Sistemas "hardware" Grupo Salarial :

Corballo A.

Firma del Afiliado

(Completar información del Grupo Familiar exclusivamente los trabajadores que NO PERTENECEN a la Obra Social del Personal de Televisión)

GRUPO FAMILIAR DIRECTO (*)

Parentesco	Apellido y Nombres	Estado Civil	CUIL	Nacionalidad	Fecha de Nacimiento

(*) Se entiende por grupo familiar directo al conformado por esposa, concubina y/o hijos para los cuales se requiere presentar, en caso de tener declarado a su grupo familiar en ANSES, únicamente el CODEM, que lo podrá imprimir desde la página servicios www.anses.gov.ar/ooss2/consultadeobrasocial. Caso contrario debe adjuntar la siguiente documentación: Certificado de Matrimonio, Información Sumaria y/o Certificado de Nacimiento, respectivamente.

ESTE FORMULARIO TIENE VALIDEZ DE DECLARACIÓN JURADA

AFIRO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN ESTA FICHA DE AFILIACIÓN SON CORRECTOS, SIN OMITIR NI FALSEAR DATO ALGUNO QUE DEBA CONTENER SIENDO FIEL EXPONENTE DE LA VERDAD.

DEJO DE ESTA FORMA MANIFESTADA MI VOLUNTAD DE AFILIARME AL SATSAID, AD REFERÉNDUM DE LA RATIFICACIÓN PERSONAL QUE REALIZARE UNA VEZ SUPERADA LA EMERGENCIA EN CUANTO REFIERE RESPECTO A LAS REGLAMENTACIONES INHERENTES AL DISTANCIAMIENTO SOCIAL

Corballo A.

FIRMA Y ACLARACION

Declaración Jurada del Beneficiario

TV SALUD
OPERA SOCIAL DE TELEVISIÓN

TITULAR

APELLIDO

Aguilara

CUIL

20-45875441-2

NACIONALIDAD

Argentina

DOMICILIO CALLE

Necochea

COD. POSTAL

5600

TELÉFONO

()

LOCALIDAD

San Rafael

ACTUAL NIVEL DE ESTUDIO:

SECUNDARIO

✓

PRIMARIO

✓

EMPRESA

EconOffi (oficina y maneja)

SUCURSAL (LUGAR DONDE TRABAJA)

San Rafael

FUNCION

Técnico

CATEGORÍA

II

SECCIONAL

NOMBRES

Santiago Nicolás

FECHA DE NACIMIENTO

25/09/2004

ESTADO CIVIL

Soltero

NÚMERO

464

PISO

-

TIERPO

-

DIR

-

DORM

-

TELÉFONO

(2609) 298935

BARRIO

Musico

PROVINCIA

Río Negro

EMAIL

Santi160349@gmail.com

DOMICILIO (CASA CENTRAL)

Comandante Sabat 200

DOMICILIO (LUGAR DE TRABAJO)

Huiz de la Torre 297

FECHA DE NAC ALA EMPRESA

01/08/2023

GRUPO FAMILIAR - Declaración obligatoria a presentar. Ver al dorso

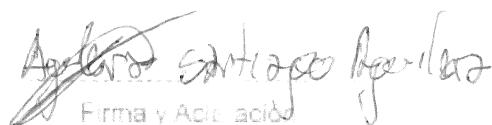
APELLIDO Y NOMBRE	NACIONALIDAD	CUIL	FECHA DE NAC.	EST. CIVIL	PARENT
Biluron Analía	Argentina	2727729243	07/42/1970	Soltera	Mate
				/	/
				/	/
				/	/
				/	/
				/	/
				/	/

Este formulario tiene validez de Declaración Jurada.

Afirma que los datos consignados en este formulario son correctos y que he confeccionado esta Declaración sin omitir ni falsear dato alguno que deba contener, siendo fiel exponente de la verdad.

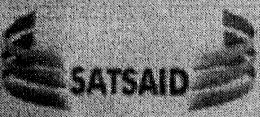
Asimismo me comprometo a informar a esta Entidad cualquier cambio producido en el aspecto laboral o cobertura médica de mi Grupo Familiar declarado, a efectos de no infringir la norma establecida en el decreto 576/93.

DEJO DE ESTA FORMA MANIFESTADA MI VOLUNTAD DE AFILIARME A TV SALUD, AD REFERÉNDUM DE LA RATIFICACIÓN PERSONAL QUE REALIZARE UNA VEZ SUPERADA LA EMERGENCIA EN CUANTO REFIERE RESPECTO A LAS REGLAMENTACIONES INHERENTES AL DISTANCIAMIENTO SOCIAL



Firma y Acto acido

Lugar y Fecha



FICHA DE AFILIACIÓN

IMPORTANTE

Completar en letra de imprenta

Open the SATSAID_Central

Categoría Activo
Adherente

Nº de Afiliado

Aguilera Aguilera
Calle 20 45885441-1
Fecha Nac 16-09-2004 Estado C
Bombo Completo Neurona 40
Locales San Rafael CP 50
Cause
Enfermedad de una lumbalgia
Sustancia con bafoel
Comandante
Dra. Leonor
Funcion Técnico

Nombres Santiago Nicolás
Sexo: M Nacionalidad Argentina
Soy de Salta Estudios Ciclo completo
Provincia: Mendoza Telefono: 1004298875
Santibáñez 3441 e-mail: .com
Firma: 01/08/2023

(Incompletar información del Grupo Familiar exclusivamente los trabajadores que NO PERTENEZCAN a la Obra Social del Personal de Televisión)

GRUPO FAMILIAR DIRECTO (*)

(*) Se entiende por grupo familiar directo al conformado por esposa, concubina y/o hijos para los cuales se requiere presentar, en caso de tener declarado a su grupo familiar en ANSES, únicamente el CODEM, que lo podrá imprimir desde la página servicios www.anses.gov.ar/poos2/consultadeobrasocial. Caso contrario debe adjuntar la siguiente documentación: Certificado de Matrimonio, Información Sumaria y/o Certificado de Nacimiento, respectivamente.

ESTE FORMULARIO TIENE VALIDEZ DE DECLARACIÓN JURADA

ESTE FORMULARIO TIENE VIGOR HASTA EL DÍA DE LA AFILIACIÓN. LOS DATOS CONSIGNADOS EN ESTA FICHA DE AFILIACIÓN SON CORRECTOS, SIN OMITIR NI FALSEAR.

AIRMO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN ESTA FICHA SON CIENPO DEL EXPONENTE DE LA VERDAD.

DATO ALGUNO QUE DEBA CONTENER SIENDO FIEL EXPONENTE DE LA VERDAD.
DEJO DE ESTA FORMA MANIFESTADA MI VOLUNTAD DE AFILIARME AL SATTSAID, AD REFERÉNDUM DE LA
RATIFICACIÓN PERSONAL QUE REALIZARE UNA VEZ SUPERADA LA EMERGENCIA EN CUANTO REFIERE RESPECTO
A LAS REGLAMENTACIONES INHERENTES AL DISTANCIAMIENTO SOCIAL.

FIRMA Y ACLARACION



Sistema Argentino de Televisión, Telecomunicaciones
Sociales, Audiovisuales, Internet y de Datos

FICHA DE AFILIACIÓN

IMPORTANTE

Completar en letra de Imprenta
Adjuntar copia de recibo de sueldo o alta temprana

Para uso S.A.T.S.A.I.D. Central

Categoría : Activo

Adherente:

Nº de Afiliado :

Apellido: Bustos

Nombres: Andrés Osvaldo

CUIL: 20 - 40 465 623 - 7 Sexo: F M Nacionalidad: Argentino.

Fecha Nac: 03 / 10 / 97 Estado Civil: Soltero

Estudios: Universitaria Completo.

Domicilio Completo: Ruta 40 Km. 117

Llocalidad: Pareditas CP: 5569 Provincia: Mendoza Teléfono: 126221 635943

Celular: 126221 685943 e-mail: andres.bustos.16@gmail.com

Empresa: CABLE TELEVISORA. Cables Ingreso: 01 / 08 / 23

Sucursal: Tunuyán

Dirección: Av. Pellegrini 692

Función: Técnico de Línea

(Completar información del Grupo Familiar exclusivamente los trabajadores que NO PERTENEZCAN a la Obra Social del Personal de Televisión)

Andrés Bustos

Firma del Afiliado

GRUPO FAMILIAR DIRECTO (*)

Parentesco	Apellido y Nombres	Estado Civil	CUIL	Nacionalidad	Fecha de Nacimiento

(*) Se entiende por grupo familiar directo al conformado por esposa, concubina y/o hijos para los cuales se requiere presentar, en caso de tener declarado a su grupo familiar en ANSES, únicamente el CODEM, que lo podrá imprimir desde la página servicios www.anses.gov.ar/foess2/consultadeobrasocial. Caso contrario debe adjuntar la siguiente documentación: Certificado de Matrimonio, Información Sumaria y/o Certificado de Nacimiento, respectivamente.

ESTE FORMULARIO TIENE VALIDEZ DE DECLARACIÓN JURADA

**AFIRMO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN ESTA FICHA DE AFILIACIÓN SON CORRECTOS, SIN OMITIR NI FALSEAR
DATO ALGUNO QUE DEBA CONTENER SIENDO FIEL EXPONENTE DE LA VERDAD.**

**DEJO DE ESTA FORMA MANIFESTADA MI VOLUNTAD DE AFILIARME AL SATSAID, AD REFERÉNDUM DE LA
RATIFICACIÓN PERSONAL QUE REALIZARE UNA VEZ SUPERADA LA EMERGENCIA EN CUANTO REFIERE RESPECTO
A LAS REGLAMENTACIONES INHERENTES AL DISTANCIAMIENTO SOCIAL.**

Andrés Bustos

FIRMA Y ACLARACION

SATSAID

FICHA DE AFILIACIÓN

Blanco
20 28902232 6
23 11 1981
Sociedad Civil
Calle Sa Argentine s/n
Tunuyán 5560
2622 341979
CTC
Tunuyán
Pellegrini 692
Cajero

IMPORANTE
Completar en todos los espacios
para mayor facilidad de consulta en esta herramienta.

PARA CONSULTAS EN LÍNEA

Nombre: Blanco

Nº de Afiliado:

Fecha de Afiliación:

Juan Pablo
Argentino
Secundario Completo
Sotero
Sa Argentine s/n
Mendoza
J.P. Blanco CTC
18.03.2024

gmail.com

JP

GRUPO FAMILIAR DIRECTO

Parámetro	Apellido	Nombres	Título Civil	CUIL
Concubinato/Union Libre	Sotero V	Sotero	27.2969204+4	
Hijo	Blanco V	Leonel	Sotero	20.47301370-1
Hijo	Blanco V	Ezequiel	Sotero	20.48046306-4
Hija	Blanco V	Lucía	Sotero	27.51334381-4
Hijo	Blanco B	Alejandro	Sotero	20.4408340-0

Nacionalidad	Fecha de Nacimiento
Argentino	18/07/1982
Argentino	18/09/2006
Argentino	31/07/2007
Argentino	20/03/2023
Argentino	12/05/2003

*) Se entiende por grupo familiar directo al conformado por esposo, concubina o presentar, en caso de tener definido, a su grupo familiar en ANSES, el caso de los servicios www.mes.gob.ar/cesu2/consultas/estadística. Caso documentación: Certificado de Matrimonio, Información Sumaria y/o Certificado

de Nacimiento, los cuales se requieren en el COINM, que lo podrás imprimir dentro de este documento, te sugerimos que lo hagas para tu respuesta a la pregunta.

ESTE FORMULARIO TIENE VALIDEZ DE DECLARACIÓN JURADA

AFIRMO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN ESTA FICHA DE AFILIACIÓN SON
DATO ALGUNO QUE DEBA CONTENER SIENDO FIEL EXPOSITOR DE LA VERDAD.
DE ESTA FORMA MANIFESTADA MI VOLUNTAD DE AFILIarme AL
PACIFICACIÓN PERSONAL QUE REALIZARE UNA VEZ SUPERADA LA SITUACIÓN
A LAS REGLAMENTACIONES INHERENTES AL DISTANCIAMIENTO SOCIAL.

CORRECTOS, SIN COMETER NI FALSEDAD.

ESTIMADO AD RESERVACIONES DIFUSAS
EN QUANTO RESIERE RESPECTO

ESTE DOCUMENTO

**Importante:**

Le informamos a usted que el artículo 220 del Convenio Colectivo de Trabajo 131/75 como así también el artículo 128 del Convenio Colectivo de Trabajo 223/75, establece que la única forma de contrato de Trabajo en la actividad televisiva se efectúa en relación de dependencia directa con las empresas.

Instructivo Vigente

Ley 23660: Art. 9 Incisos a y b. son beneficiarios del sistema previsto en esta Ley: El Grupo Familiar Primario integrado por:

A) El cónyuge (presentar Certificado de Matrimonio o información Sumaria)

B) Los hijos solteros hasta 21 años nos emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad profesional, comercial o laboral (presentar Certificado de Nacimiento)

C) Los hijos solteros mayores de 21 años y hasta 25 inclusive, que estén a exclusivo cargo del afiliado titular que cursen estudios regulares oficialmente reconocidos por autoridad pertinente (presentar Certificado de Estudios, dos veces al año).

D) Los hijos incapacitados y a cargo del afiliado titular, mayores de 21 años, deberán presentar Certificado Médico.

No se consideran familiares a cargos de los padres del titular que perciban haberes por jubilación y/o pensión, que realicen tareas remunerativas o menores de 60 años, en el caso de cumplir todos los requisitos, deberán presentar Información Sumaria.

La Obra Social del Personal de Televisión, Servicios Médicos, en caso de que los datos emitidos por el firmante no se ajustaran a la verdad, se reserva el derecho de solicitar el reintegro de los gastos médicos y administrativos que la inclusión indebida de personas en el grupo familiar ocasionare, sin excluir las penalidades que marca la ley.

La agilidad de su atención médica y la de su Grupo Familiar, depende de la rapidez con que usted presente este formulario.

Este formulario tiene validez de Declaración Jurada.

Afirmo que los datos consignados en este formulario son correctos y que he confeccionado esta Declaración sin omitir ni falsear dato alguno que deba contener, siendo fiel exponente de la verdad.

Asimismo me comprometo a informar a esta Entidad, cualquier cambio producido en el aspecto laboral o cobertura médica de mi Grupo Familiar declarado, a efectos de no infringir la norma establecida en el decreto 576/93.

KEVIN VALLES

Firma y Aclaración

SAN RAFAEL, MENDOZA

30/08/2024

Lugar y Fecha

TV SALUD

OBRAS SOCIALES DE TELEVISIÓN

Declaración Jurada del Beneficiario

TITULAR		SECCIONAL					
APellido VALLES	CUIL 23-41862916-9	NACIONALIDAD ARGENTINA	NOMBRES JONATHAN KEVIN FECHA DE NACIMIENTO 05/06/1998 ESTADO CIVIL SOLTERO				
DIRECCIÓN CALLE BERNARDO DE SAIGO Y EN	CEP POSTAL 5600	TELEFONO ()	NUMERO 857	PISO CELULAR (0260) 3458-5640	DEPTO EDIF	TORRE	
LOCALIDAD SAN RAFAEL			BARRIO COMANDANTE SALAS 200	PROVINCIA MENDOZA			
ÚLTIMO NIVEL DE ESTUDIO: SECUNDARIO <input checked="" type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	E-MAIL KEVIN.VALLES.092 @ GMAIL.COM						
EMPRESA CARLE TELEVISORA COLOR SUCURSAL (LUGAR DONDE TRABAJA)	DOMICILIO (CASA CENTRAL) COMANDANTE SALAS 200 DOMICILIO (LUGAR DE TRABAJO) COMANDANTE SALAS 200						
FUNCIÓN OPERADOR TELEFÓNICO	CATEGORÍA CALL CENTER		FECHA DE ING. A LA EMPRESA 25/11/2013				

GRUPO FAMILIAR - Documentación obligatoria a presentar. Ver al dorso

APELIDO Y NOMBRE	NACIONALIDAD	CUIL	FECHA DE NAC.	EST. CIVIL	PARENT.
		-	/ /		
		-	/ /		
		-	/ /		
		-	/ /		
		-	/ /		
		-	/ /		

Este formulario tiene validez de Declaración Jurada.

Afirmo que los datos consignados en este formulario son correctos y que he confeccionado esta Declaración sin omitir ni falsear dato alguno que deba contener, siendo fiel exponente de la verdad.
Asimismo me comprometo a informar a esta Entidad cualquier cambio producido en el aspecto laboral o cobertura médica de mi Grupo Familiar declarado, a efectos de no infringir la norma establecida en el decreto 576/93.

DEJO DE ESTA FORMA MANIFESTADA MI VOLUNTAD DE AFILIARME A TV SALUD, AD REFERÉNDUM DE LA RATIFICACIÓN PERSONAL QUE REALIZARE UNA VEZ SUPERADA LA EMERGENCIA EN CUANTO REFIERE RESPECTO A LAS REGLAMENTACIONES INHERENTES AL DISTANCIAMIENTO SOCIAL



Kevin VALLES

Firma y Aclaración

SAN RAFAEL MENDOZA

30/08/2024

Lugar y Fecha



Solicito mi incorporación a la Asociación Mutual de los Empleados de Comunicación y Afines "12 de Agosto A.M.C." en carácter de adherente, detallando a continuación mis datos de afiliación.

APELLIDO Y NOMBRE VALLES JOVATHAN KEVIN

EMPRESA CABLE TELEVISORA COLOR

D.N.I. / L.C. / L.F. 41.862.916

DOMICILIO...BERNARDO DE IRIBARREN 857

TEL. 2604 - 585640

CEL.

MAIL. KEVIN.VALLES.092 @ GMAIL.COM

OBSERVACIONES

Declaro bajo juramento conocer los términos del Estatuto y Reglamento de la Asociación Mutual 12 de agosto y presto expresa conformidad de permanecer adherido por el lapso de un año como mínimo. También me comprometo a realizar el pago de la cuota societaria del 1 al 10 de cada mes.

Firmando la presente conformidad y para constancia en:

Mendoza a los... 30 del mes de AGOSTO de 2024

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Kevin Valles'.

FIRMA Y ACLARACIÓN

Declaración Jurada del Beneficiario

TV SALUD
OBRA SOCIAL DE TELEVISIÓN

TITULAR

APELLIDO Torres

SECCIONAL

NOMBRES Edgar Gabriel

CUIL 23.42.169.150.9

NACIONALIDAD

FECHA DE NACIMIENTO

ESTADO CIVIL

Argentina

11/8/09 / 19/9/99

Soltero

DNI DIAZ CALLE Daniel Julian

NUMERO

PSC

DEPTO

DIF

TORRE

CDO POSTAL

9600

LOCAL DIAZ San Rafael

CELULAR

(2604) 1304439

BARRIO

PROVINCIA

UEC

Mendoza

EMAIL

storres98@gmail.com

ULTIMO NIVEL DE ESTUDIO

PRIMARIO

SECUNDARIO

UNIVERSITARIO

V 3150

EMPRESA CTC

SUCURSAL (LUGAR DONDE TRABAJA)

DOMICILIO (LUGAR DE TRABAJO)

FUNCION

CATEGORIA

CallCenter

Jose A. Sales 200

FECHA DE NACIMIENTO EN LA EMPRESA

11/10/31/2024

GRUPO FAMILIAR - Documentación obligatoria a presentar: Ver al dorso

APELLIDO Y NOMBRE	NACIONALIDAD	CUIL	FECHA DE NAC.	EST. CIVIL	PARENT
		/ /	/ /		
		/ /	/ /		
		/ /	/ /		
		/ /	/ /		
		/ /	/ /		
		/ /	/ /		
		/ /	/ /		

Este formulario tiene validez de Declaración Jurada.

Afirma que los datos consignados en este formulario son correctos y que he confeccionado esta Declaración sin omitir ni falsear dato alguno que deba contener, siendo fiel exponente de la verdad.

Asimismo me comprometo a informar a esta Entidad cualquier cambio producido en el aspecto laboral o cobertura médica de mi Grupo Familiar declarado, a efectos de no infringir la norma establecida en el decreto 576/93.

DEJO DE ESTA FORMA MANIFESTADA MI VOLUNTAD DE AFILIARME A TV SALUD, AD REFERÉNDUM DE LA RATIFICACIÓN PERSONAL QUE REALIZARE UNA VEZ SUPERADA LA EMERGENCIA EN CUANTO REFIERE RESPECTO A LAS REGLAMENTACIONES INHERENTES AL DISTANCIAMIENTO SOCIAL



Torres Gabriel

Firma y Adscripción

Lugar y Fecha



Sindicato Argentino de Televisión, Telecomunicaciones
Services Audiovisuales, Interactivas y de Datos

FICHA DE AFILIACIÓN

IMPORTANTE

Completar en letra de imprenta
Adjuntar copia de **recibo de sueldo o alta temprana**

Adjuntar copia de recibo de sueldo o alta temprana

Para uso S.A.T.S.A.I.D. Central

Categoría : Activo

Adherente



Nº de Afiliado :

Apellido : Torres Nombres : Edgar Gabriel
C.U.I.T : 23-92.169.150 - 9 Sexo : F M Nacionalidad : Argentino
Fecha Nac : 18 / 09 / 1999 Estado Civil : Soltero Estudios:
Domicilio Completo : Daniel Julian 303
Localidad : San Rafael CP: 5600 Provincia : Mendoza Teléfono : (264) 304439
Celular : 1664 1304439 e-mail : gloriasv93@gmail.com
Empresa : CTC Ingreso : 11 / 03 / 2024
Sucursal : Cmte Jose A. Salas 200
Dirección : Cmte Jose A. Salas 200
Función : CallCenter Grupo Salarial :

Firma del Attestato


Firma del Abogado

Firma del Alcalde

(Completar información del Grupo Familiar exclusivamente los trabajadores que NO PERTENECEN a la Obra Social del Personal de Televisión)

GRUPO FAMILIAR DIRECTO (*)

(*) Se entiende por grupo familiar directo al conformado por esposa, concubina y/o hijos para los cuales se requiere presentar, en caso de tener declarado a su grupo familiar en ANSES, únicamente el CODEM, que lo podrá imprimir desde la página servicios www.anses.gov.ar/ooss2/consultadeobrasocial. Caso contrario debe adjuntar la siguiente documentación: Certificado de Matrimonio, Información Sumaria y/o Certificado de Nacimiento, respectivamente.

ESTE FORMULARIO TIENE VALIDEZ DE DECLARACIÓN JURADA

**AFIRMO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN ESTA FICHA DE AFILIACIÓN SON CORRECTOS, SIN OMITIR NI FALSEAR
DATO ALGUNO QUE DEBA CONTENER SIENDO FIEL EXPONENTE DE LA VERDAD.**

DEJO DE ESTA FORMA MANIFESTADA MI VOLUNTAD DE AFILIARME AL SATSAID, AD REFERÉNDUM DE LA RATIFICACIÓN PERSONAL QUE REALIZARE UNA VEZ SUPERADA LA EMERGENCIA EN CUANTO REFIERE RESPECTO A LAS REGLAMENTACIONES INHERENTES AL DISTANCIAMIENTO SOCIAL

FIRMA Y ACLARACION

Torres Gabriel



Solicito mi incorporación a la Asociación Mutual de los Empleados de Comunicación y Afines "12 de Agosto A.M.C." en carácter de adherente, detallando a continuación mis datos de afiliación.

APELLIDO Y NOMBRE... Torres Edgar Gabriel..... EMPRESA... CTC.....
D.N.I. / L.C. / L.E. 91.169.150.....
DOMICILIO... Daniel Julian 603.....
TEL.....
CEL. 2604-3044.39.....
MAIL... gtorres.693@gmail.com.....
OBSERVACIONES.....
.....

Declaro bajo juramento conocer los términos del Estatuto y Reglamento de la Asociación Mutual 12 de agosto y presto expresa conformidad de permanecer adherido por el lapso de un año como mínimo. También me comprometo a realizar el pago de la cuota societaria del 1 al 10 de cada mes.

Firmando la presente conformidad y para constancia en:

Mendoza a los..... 18..... del mes de..... Agosto..... de.... 2024.....

Gabriel Torres
FIRMA Y ACLARACIÓN

APELLIDO Y NOMBRE	NACIONALIDAD	CUIL	FECHA DE NAC	EST. CIVIL PARENT
			/ /	/ /
			/ /	/ /
			/ /	/ /
			/ /	/ /
			/ /	/ /
			/ /	/ /
			/ /	/ /

Este formulario tiene validez de Declaración Jurada.

Afirmo que los datos consignados en este formulario son correctos y que he confeccionado esta Declaración sin omitir ni falsear dato alguno que deba contener, siendo fiel exponente de la verdad.

Asimismo me comprometo a informar a esta Entidad cualquier cambio producido en el aspecto laboral o cobertura médica de mi Grupo Familiar declarado, a efectos de no infringir la norma establecida en el decreto 576/93.

DEJO DE ESTA FORMA MANIFESTADA MI VOLUNTAD DE AFILIARME A TV SALUD, AD REFERÉNDUM DE LA RATIFICACIÓN PERSONAL QUE REALIZARE UNA VEZ SUPERADA LA EMERGENCIA EN CUANTO REFIERE RESPECTO A LAS REGLAMENTACIONES INHERENTES AL DISTANCIAMIENTO SOCIAL

Torres Gabriel

Firma y Aclaración

Lugar y Fecha



Sindicato Argentino de Televisión, Telecomunicaciones
Servicios Audiovisuales, Interactivos y de Datos

FICHA DE AFILIACIÓN

IMPORTANTE
Completar en letra de imprenta
Adjuntar copia de recibo de sueldo o alta temprana

Para uso S.A.T.S.A.I.D. Central

Categoría : Activo Adherente

Nº de Afiliado :

Apellido : Acevedo Nombres : Fátima Julia
 C.U.I.L. : Sexo : F M Nacionalidad : Argentina
 Fecha Nac : 08/10/97 Estado Civil : Soltera Estudios : secundaria completa
 Domicilio Completo : Fray Inaki 300
 Localidad : San Rafael C.P. 5500 Provincia : Mendoza Teléfono : (260) 4056858
 Celular : (260) 4056858 e-mail : fatimaa.acevedo.8@gmail.com
 Empresa : Cable televisora colbr. Ingreso :
 Sucursal :
 Dirección : Comandante Salas 200
 Función : Grupo Salarial :

Firma del Afiliado

(Completar información del Grupo Familiar exclusivamente los trabajadores que NO PERTENECEN a la Obra Social del Personal de Televisión)

GRUPO FAMILIAR DIRECTO (*)

Parentesco	Apellido y Nombres	Estado Civil	CUIL	Nacionalidad	Fecha de Nacimiento

(*) Se entiende por grupo familiar directo al conformado por esposa, concubina y/o hijos para los cuales se requiere presentar, en caso de tener declarado a su grupo familiar en ANSES, únicamente el CODEM, que lo podrá imprimir desde la página servicios www.anses.gov.ar/ooss2/consultadeobrasocial. Caso contrario debe adjuntar la siguiente documentación: Certificado de Matrimonio, Información Sumaria y/o Certificado de Nacimiento, respectivamente.

ESTE FORMULARIO TIENE VALIDEZ DE DECLARACIÓN JURADA

AFIRMO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN ESTA FICHA DE AFILIACIÓN SON CORRECTOS, SIN OMITIR NI FALSEAR DATO ALGUNO QUE DEBA CONTENER SIENDO FIEL EXPONENTE DE LA VERDAD.

DEJO DE ESTA FORMA MANIFESTADA MI VOLUNTAD DE AFILIARME AL SATSAID, AD REFERÉNDUM DE LA RATIFICACIÓN PERSONAL QUE REALIZARE UNA VEZ SUPERADA LA EMERGENCIA EN CUANTO REFIERE RESPECTO A LAS REGLAMENTACIONES INHERENTES AL DISTANCIAMIENTO SOCIAL

FIRMA Y ACLARACION



Sociedad Argentina de Trabajadores de las Telecomunicaciones
Sociales, Audiovisuales, Periodísticos y de Datos

FICHA DE AFILIACIÓN

IMPORTANTE

Completar en letra de imprenta
Adjuntar copia de recibo de sueldo o alta temprana

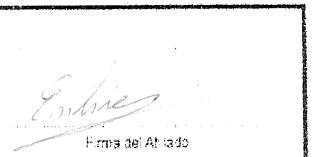
Para uso S.A.T.S.A.I.D. Central

Categoría : Activo

Adherente

Nº de Afiliado :

Apellido : López Nombres : Gabriel Dario
 C.U.I.L. : 20-49984841-2 Sexo : F M Nacionalidad : Argentino
 Fecha Nac : 20.10.61.2023 Estado Civil : Soltero Estudios :
 Domicilio Completo : Bandera de los Andes 1191
 Localidad : San Rafael C.P. 5600 Provincia : Mendoza Teléfono : (2601) 9842169
 Celular : 12601 9842169 e-mail : gabriellopez@...@gmail.com
 Empresa : Cablevisión Color Ingreso : 15.10.61.2023
 Sucursal : San Rafael
 Dirección : Comandante Salas 200
 Función : Administrativo Grupo Salarial : 8


Firma del Afiliado

(Completar información del Grupo Familiar exclusivamente los trabajadores que NO PERTENEZCAN a la Obra Social del Personal de Televisión)

GRUPO FAMILIAR DIRECTO (*)

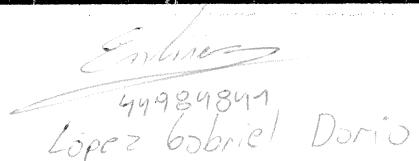
Parentesco	Apellido y Nombres	Estado Civil	CUIL	Nacionalidad	Fecha de Nacimiento

(*) Se entiende por grupo familiar directo al conformado por esposa, concubina y/o hijos para los cuales se requiere presentar, en caso de tener declarado a su grupo familiar en ANSES, únicamente el CODEM, que lo podrá imprimir desde la página servicios www.anses.gov.ar/ooss2/consultadeobrasocial. Caso contrario debe adjuntar la siguiente documentación: Certificado de Matrimonio, Información Sumaria y/o Certificado de Nacimiento, respectivamente.

ESTE FORMULARIO TIENE VALIDEZ DE DECLARACIÓN JURADA

**AFIRMO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN ESTA FICHA DE AFILIACIÓN SON CORRECTOS, SIN OMITIR NI FALSEAR
DATO ALGUNO QUE DEBA CONTENER SIENDO FIEL EXPONENTE DE LA VERDAD.**

**DEJO DE ESTA FORMA MANIFESTADA MI VOLUNTAD DE AFILIARME AL SATSAID, AD REFERÉNDUM DE LA
RATIFICACIÓN PERSONAL QUE REALIZARE UNA VEZ SUPERADA LA EMERGENCIA EN CUANTO REFIERE RESPECTO
A LAS REGLAMENTACIONES INHERENTES AL DISTANCIAMIENTO SOCIAL**


49984841
Lopez Gabriel Dario

FIRMA Y ACLARACION



Sociedad Amigos de la Literatura. Organización de Autores, Escritores y de Obras
FICHA DE AFILIACIÓN

IMPORTANTE

Completar en letra de imprenta

Para uso S.A.T.S.A.I.D. Central

Categoría : Activo

Adherente

10

Nº de Afiliado :

Acedido: Becario Nombres: Mangua Edel
C.U.R.L.: 27-14642124-0 Sexo: ♂ F ☐ M Nacionalidad: Argentina
Fecha Nac: 27/12/1961 Estado Civil: Casada Estudios: secundarios
Domicilio Completo: s/n Martín 323 Barrio AATRA Villa Atuel
Localidad: Villa Atuel CP: 5622 Provincia: Mendoza Teléfono: (260) 4401266
Celular: 0260 4401266 e-mail: manguedelabru@gmail.com
Empresa: CTC Cable Televisión a Color Ingresos: 01/01/2024
Sucursal: Villa Atuel
Dirección: Ruta 143 antes de llegar a la Virgen
Función: administrativa Grado Salario:

Ed Bruegger Co.

PAGE DE AVANT

(Completar información del Grupo Familiar exclusivamente los trabajadores que NO PERTENEZCAN a la Obra Social del Personal de Telefónica)

GRUPO FAMILIAR DIRECTO (*)

(*) Se entiende por grupo familiar directo al conformado por esposa, concubina y/o hijos para los cuales se requiere presentar, en caso de tener declarado a su grupo familiar en ANSES, únicamente el CODEM, que lo podrá imprimir desde la página servicios www.anses.gov.ar/ooss2/consultadeobrasocial. Caso contrario debe adjuntar la siguiente documentación: Certificado de Matrimonio, Información Sumaria y/o Certificado de Nacimiento, respectivamente.

ESTE FORMULARIO TIENE VALIDEZ DE DECLARACIÓN JURADA

**AFIRO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN ESTA FICHA DE AFILIACIÓN SON CORRECTOS, SIN OMITIR NI FALSEAR
DATO ALGUNO QUE DEBA CONTENER SIENDO EL EXPOSITOR DE LA VERDAD.**

DEJO DE ESTA FORMA MANIFESTADA MI VOLUNTAD DE AFILIARME AL SATTSAID, AD REFERÉNDUM DE LA RATIFICACIÓN PERSONAL QUE REALIZARE UNA VEZ SUPERADA LA EMERGENCIA EN CUANTO REFIERE RESPECTO A LAS REGLAMENTACIONES INHERENTES AL DISTANCIAMIENTO SOCIAL.

Eddy Bauer designer

FIRMA Y ACLARACION

Eduardo Brusco de Geraschi