SANCHEZ CLAUDIA BEATRIZ			T 2	27-20041861-7 SANCHEZ CLAUDIA BEATRIZ					CUIT		27-20041861-7			
48 535 -	48 5	48 535 -												
APELLIDO Y NOMBRE			_	LEGAJO	APELLIDO Y NOMBRE				CUIL		LEGAJ	JO		
LAPEYRE, CYNTHIA MICAELA 27		27-387059	931-3	2	LAPE	LAPEYRE, CYNTHIA MICAELA				27-38705931-3		2	-	
SECCIÓN	FECHA DE INGRES	REMUNER ASIGNA		RECIBO Nº		SECCIÓN		FECHA DE INGRESO		REMUNERACIÓN ASIGNADA		RECIBO) N°	
ADMINISTRACION	1/4/2021	969.674		1		MINISTRACION		1/4/2021		969.674,70		1		
CATEGORÍA ADMINISTR. 2DA.	1/4/2021	MARZO 202		т		EGORÍA MINISTR. 2DA.				MARZO 2025				
CALIFICACIÓN PROFESIONAL CONTRATACIÓN: A t		:	tiempo parcial: Indeterminado permanente		CAL	CALIFICACIÓN PROFESIONAL		PERÍODO DE PAGO:						
					ADI	ADMINISTRATIVO				A tiempo parcial: 1 /permanente		: Indetermin	nado	
CONCEPTO	uds. REMUN. SU.	. A RET. REM	MUN.EXENTAS	DESCUENTOS		CONCEPTO		uds. REMUN. SUJ. A		A RET. REMUN. EXENTAS		AS DESCU	ENTOS	
0001 SUELDO BASICO	30,00 484.	337,35		'	0001				484.837					
0002 ANTIGUEDAD		090,24			0002									
0005 FERIADO	3,00 10.:	278,60		_		0005 FERIADO 3,00 10.278,60								
0006 NO REM 0101 JUBILACION			16.993,50	0 57.662,68	0006 0101	NO REM JUBILACION					16.993,		.662,68	
0101 JUBILACION 0102 LEY 19032				15.726,19	0101	LEY 19032							.726,19	
0103 OBRA SOCIAL				32.471,98	0103	OBRA SOCIAL							.471,98	
0105 SINDICATO				13.529,99	0105	SINDICATO							.529,99	
	524.206,19	16.	5.993,50	119.390,84				5	24.206,19	16.	993,50	119.3	390,84	
LUGAR Y FECHA DE PAGO	FORMA DE	TOTAL NETO	-O →	421.808,85	LU	GAR Y FECHA DE PAGO		FOR	MA DE	TOTAL NE	TO→	421.8	808,85	
Sin lugar de pago, @	PAGO				Si	n lugar de pago, @		PAG	Ю		L			
31/03/2025 O.S.: O.S.PER.SANIDAD	Efectivo				31	03/2025 O.S.: O.S.PER.	.SANIDAD	Efe	ctivo					
Antig.: 3 años. Domic.: 48 535					31	Antig.: 3 años. Domic.: 48 535								
SON PESOS: Cuatrocientos VeintiUn Mil Ochocientos Ocho Con 85/100						SON PESOS: Cuatrocientos VeintiUn Mil Ochocientos Ocho Con 85/100								
ART. 12 LEY 17250					ART	ART. 12 LEY 17250 MES 02/2025			RECIBÍ EL IMPORTE NETO DE ESTA LIQUIDACIÓN					
MES 02/2025									EN PAGO DE MI REMUNERACIÓN CORRESPONDIENTE					
BANCO				BANCO AL PERÍODO INDICADO DE LA MISMA CONFOR				ODO INDICADO Y						
FECHA DEPÓSITO	FIRMA DEL EMPLEADOR				FEC	FECHA DEPÓSITO LA LEY VIGENTE.				FIRMA DEL EMPLEADO				