

**Asoc. Esc. Pol. de Avda - Pers. Jur. N°0730/72**1248 - Esc. Part. Incorp. Hogar de la Esperanza
Calle 16 N° 1006

Apellido y nombres	CUIL	F/ ingreso
--------------------	------	------------

COMIN, NATALIA	27282370013	01/07/2019
-----------------------	-------------	------------

Remuneración del mes	Cal. profesional	Tarea cumplida
----------------------	------------------	----------------

Enero/2025	Maestro Diferencial	Maestro difere
------------	---------------------	----------------

Depósito de Caja de Previsión	Antigüedad
-------------------------------	------------

10/01/2025-Nvo Bco Sta Fe-Diciembre	A:05 - M:07
-------------------------------------	-------------

Cod.	Concepto	Rem.c/dto	Rem.s/dto	Asignac.	Retenc.
------	----------	-----------	-----------	----------	---------

547	Plan incentivo a la asistencia		72634,00		
-----	--------------------------------	--	----------	--	--

72634,00

CUIT: 30-67441655-1

Total abonado**72634,00****Son:** Pesos Setenta y dos mil seiscientos treinta y cuatro c/00/100

Acreed. en cta. 8239003 del Bco. StaFe Suc. Vera

Lugar y fecha de pago	Recibí el importe y duplicado del presente recibo.
-----------------------	----------------------------------------------------

Avellaneda, 20/01/2025

Original**Asoc. Esc. Pol. de Avda - Pers. Jur. N°0730/72**1248 - Esc. Part. Incorp. Hogar de la Esperanza
Calle 16 N° 1006

Apellido y nombres	CUIL	F/ ingreso
--------------------	------	------------

COMIN, NATALIA	27282370013	01/07/2019
-----------------------	-------------	------------

Remuneración del mes	Cal. profesional	Tarea cumplida
----------------------	------------------	----------------

Enero/2025	Maestro Diferencial	Maestro difere
------------	---------------------	----------------

Depósito de Caja de Previsión	Antigüedad
-------------------------------	------------

10/01/2025-Nvo Bco Sta Fe-Diciembre	A:05 - M:07
-------------------------------------	-------------

Cod.	Concepto	Rem.c/dto	Rem.s/dto	Asignac.	Retenc.
------	----------	-----------	-----------	----------	---------

547	Plan incentivo a la asistencia		72634,00		
-----	--------------------------------	--	----------	--	--

72634,00

CUIT: 30-67441655-1

Total abonado**72634,00****Son:** Pesos Setenta y dos mil seiscientos treinta y cuatro c/00/100

Acreed. en cta. 8239003 del Bco. StaFe Suc. Vera

Lugar y fecha de pago	Firma y aclaración
-----------------------	--------------------

Avellaneda, 20/01/2025

Duplicado