



Form.  
PS.6.2

Certificación de Servicios y Remuneraciones

Frente						CUIL								
Apellido/s y Nombre/s del Empleador Certificante				Domicilio				Cód. Postal		CUIT				
Inscripción N°		Actividad de la Firma			Teléfono			Fuente Documental de lo que Certifica						
Apellido/s y Nombre/s del Afiliado			Fecha de Nacim.		Afiliado N°			Cl. N°			Expedida por		Tipo y N° de Documento	

Servicios Prestados: Carácter de los Servicios (1)	Tareas Comunes	Fecha Desde			Fecha Hasta			Tiempo		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Año	Mes	Día

(1) Indicar: Comunes, Privilegiados, Insalubres Docentes y Docentes al frente de grado  
 (2) Detallar al dorso las interrupciones  
 Extinción del contrato de trabajo o relación de empleo público  Sí  No Fecha No: \_\_\_\_\_ Total Nominal Total Interrupciones (2)

Año:	SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo			Año:	SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo		
				Ms.	Ds.	Hs.					Ms.	Ds.	Hs.
01							01						
02							02						
03							03						
04							04						
05							05						
06							06						
07							07						
08							08						
09							09						
10							10						
11							11						
12							12						
Total:							Total:						

Año:		SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo			Año:		SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo		
Remuneraciones del Afiliado (*)					Ms	Ds	Hs	Remuneraciones del Afiliado (*)					Ms.	Ds.	Hs.
01								01							
02								02							
03								03							
04								04							
05								05							
06								06							
07								07							
08								08							
09								09							
10								10							
11								11							
12								12							
Total:								Total:							

Año:		SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo			Año:		SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo		
Remuneraciones del Afiliado (*)					Ms	Ds	Hs	Remuneraciones del Afiliado (*)					Ms.	Ds.	Hs.
01								01							
02								02							
03								03							
04								04							
05								05							
06								06							
07								07							
08								08							
09								09							
10								10							
11								11							
12								12							
Total:								Total:							

Año:		SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo			Año:		SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo		
Remuneraciones del Afiliado (*)					Ms	Ds	Hs	Remuneraciones del Afiliado (*)					Ms	Ds	Hs
01								01							
02								02							
03								03							
04								04							
05								05							
06								06							
07								07							
08								08							
09								09							
10								10							
11								11							
12								12							
Total:								Total:							

Año:		SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo			Año:		SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo		
Remuneraciones del Afiliado (*)					Ms	Ds	Hs	Remuneraciones del Afiliado (*)					Ms	Ds	Hs
01								01							
02								02							
03								03							
04								04							
05								05							
06								06							
07								07							
08								08							
09								09							
10								10							
11								11							
12								12							
Total:								Total:							

Año:	SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo		
				Ms	Ds	Hs
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						
Total:						

Detalle de Ausencias y Licencias sin Goce de Sueldo									
Fecha Desde			Fecha Hasta			Tiempo a Deducir			
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Año	Mes	Día	
Tiempo Total a Deducir									

Datos Complementarios del Empleador									
Domicilio de radicación de la fuente documental: Calle			Número	Piso	Depto.	Cód. Postal	Localidad	Prov.	Teléfono
Observaciones: _____									
_____									
_____									

Firma del Empleador o Autorizado		
Apellido/s y Nombre/s	Tipo y N° de Documento	Prov. Emis.
Lugar y Fecha		Firma del Empleador o Autorizado

Certificación de Firma Certifico que la firma que antecede fue puesta ante mí y corresponde a _____, quien acredita su identidad con N° _____ expedida por _____		Importante: La certificación de la identidad y documento del empleador o persona autorizada deberá realizarla autoridad bancaria, previsional, judicial o notarial.
Lugar y Fecha		Firma y Sello Adaratorio de la Autoridad Certificante