



Form. PS.6.2

Certificación de Servicios y Remuneraciones

Frente

	CUIL
Apellido/s y Nombre/s del Empleador Certificante	Cód. Postal
Domicilio	CUIT
Inscripción N°	Fuente Documental de lo que Certifica
Actividad de la Firma	Teléfono

Apellido/s y Nombre/s del Afiliado	Fecha de Nacim.	Afiliado N°	Cl. N°	Expedida por
------------------------------------	-----------------	-------------	--------	--------------

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

(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 Interrupciones (2)

Total Nominal

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

Año: Remuneraciones del Afiliado (*)	SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo			Año: Remuneraciones del Afiliado (*)	SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo	
				Ms.	Ds.	Hs.					Ms.	Ds.
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: Remuneraciones del Afiliado (*)	SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo			Año: Remuneraciones del Afiliado (*)	SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo	
				Ms.	Ds.	Hs.					Ms.	Ds.
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: Remuneraciones del Afiliado (*)	SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo		Año: Remuneraciones del Afiliado (*)	SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo	
				Ms.	Ds.					Hs.	Ms.
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: Remuneraciones del Afiliado (*)	SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo		Año: Remuneraciones del Afiliado (*)	SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo	
				Ms.	Ds.					Hs.	Ms.
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:					

