

Detalle de Ausencias y Licencias sin Goce de Haberes																													
Desde			Hasta			Tiempo a Deducir			Desde			Hasta			Tiempo a Deducir			Desde			Hasta			Tiempo a Deducir					
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

(2) Total Interrupciones (Tiempo Total a Deducir)

--	--	--

Certificación del Cargo Desempeñado al Cese - Art. 5 Ley N° 22.929 (3)		
Escalañón:		
Agrupamiento:	Tramo:	
Categoría:	Desempeñada desde el ____/____/____ hasta ____/____/____	

Remuneración Mensual Vigente del Cargo Certificado a _____ . (4)	
Sueldo Básico	\$ _____
Dedicación Funcional o Similares	\$ _____
Gastos de Representación	\$ _____
Bonificación por Antigüedad	\$ _____ por _____ años
Bonificación por Título	\$ _____ nivel _____
Otros (detallar)	\$ _____
	\$ _____
	\$ _____
Total	\$ _____

(3) Deberá certificarse la remuneración total, incluyendo compensaciones y suplementos, excepto el sueldo anual complementario, sujeta al pago con aportes por el desempeño del cargo ocupado al momento del cese definitivo en el servicio, siempre que el mismo se hubiera desempeñado durante un período mínimo de 24 meses consecutivos. Si no alcanzase dicho mínimo, se certificará la remuneración actualizada del cargo desempeñado inmediato anterior en que se acreditare el aludido mínimo.

(4) Si se trata de una sola solicitud de suplemento por parte de un beneficiario, la remuneración a certificar será la del mes de marzo /95 si el cese se hubiera producido con anterioridad o la fecha de cese definitivo si el mismo se hubiera producido con posterioridad.

Domicilio de Radicación de la Fuente Documental:
Observaciones: _____

El presente formulario reviste carácter de declaración jurada, debiendo ser cumplimentado sin omitir ni falsear ningún dato, sujetando a los infractores a las penalidades previstas en los artículos 172, 275 y 292 del Código Penal para los delitos de estafa y falsificación de documentos.

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 del Empleador o Autorizado	
Certifico que los datos personales del Empleador o Autorizado consignado en el presente formulario fue puesta ante mí y la firma estampada fue colocada en mi presencia:	
Lugar y Fecha	Firma y Sello Aclaratorio de la Autoridad Certificante

