

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									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Total Nominal

--	--	--	--

No: _____

Total Interrupciones (2)

--	--	--	--

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.	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		
					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		
					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		
Remuneraciones del Afiliado (*)					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		Importante:
Certifico que la firma que antecede fue puesta ante mí y corresponde a _____, quien acredita su identidad con ____ N° _____ expedida por _____		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 Aclaratorio de la Autoridad Certificante _____

