

ANSES

Form.
PS.6.2

Certificación de Servicios y Remuneraciones

Version 1.0

Frame

CUIT

Apellidos y Nombres del Empleador Certificante

Domicilio

Cod. Postal

CUIT

Inscripción N°

Actividad de la Firma

Fuente Documental de lo que Certifica

Expedida por

Tipo y N° de Documento

Apellidos y Nombres del Afiliado

Fecha de Nacim. Afiliado N°

Cl. N°

Fecha Desde

Fecha Hasta

Tiempo

Año Mes Día

Servicios Prestados: Carácter de los Servicios (1)

Tareas Comunes

Fecha Desde

Día Mes Año

Fecha Hasta

Día Mes Año

Tiempo

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 Interrupciones (2)

Total Nominal

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

