ANSES

Form. PS.6.2

Certificación de Servicios y Remuneraciones

Frente

CUIL

Apellido/s y Nombre/s del Empleador Certificante	Domicilio	Cód. Postal	CUIT

Inscripción Nº	Actividad de la Firma	Teléfono	Fuente Documental de lo que Certifica

Apellido/s y Nombre/s del Afiliado	Fecha de Nacim.	Afiliado Nº	CI. Nº	Expedida por	Tipo y Nº 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:	Remuneraciones del Afiliado (*)	SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo Ms.	Ds.	Hs.	Año:	Remuneraciones del Afiliado (*)	SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo 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:							

Ministerio de Trabajo,
Empleo y Seguridad Social

Form. PS6.2 (Dorso)

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: 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		
Remuneraciones del Afiliado (*)					Ms.	Ds.	Hs.
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
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:							

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:							

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:							

Año: Remuneraciones del Afiliado (*)		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 Nº 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 ____ Nº_____ expedida por_____

Lugar y Fecha

Firma y Sello Aclaratorio de la Autoridad Certificante

Importante:
La certificación de la identidad y documento del empleador o persona autorizada deberá realizarla autoridad bancaria, previsional, judicial o notarial.