



República Argentina
PROVINCIA DEL CHUBUT
**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL
Y SEGUROS**

CERTIFICACION DE SERVICIOS Y REMUNERACIONES DEL PERSONAL AFILIADO

Repartición Certificante:
Ministerio:

Apellido/s y Nombre/s completo del Afiliado:
Afiado N°:
D.N.I. / L.E. / L.C. N°: C.I. N°: Expedido por:

SERVICIOS PRESTADOS EN LA ADMINISTRACION PUBLICA PROVINCIAL

Carácter de los Servicios (1)	DESDE			HASTA			TIEMPO					
	D	M	A	D	M	A	D	M	A			
											(1) Indicar: Nombrado, Jornalizado, Contratado, Supernumerario	
											(2) Detallar al pie las interrupciones	
TOTAL NOMINAL												
(2) interrupciones												
TOTAL DE SERVICIOS EFECTIVOS												

DETALLE DE AUSENCIA Y LICENCIA SIN GOCE DE SUELDO

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

TIEMPO TOTAL A DEDUCIR

JUBILACIÓN POR INVALIDEZ

Se certifica que desde el / / se encuentra en uso de licencia por enfermedad

Desde el / / hasta el / / 100% sueldo

Desde el / / hasta el / / 100% sueldo

Desde el / / hasta el / / 100% sueldo

Observaciones:
.....