



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:

..... Afiliado 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
TOTAL NOMINAL									
(2) interrupciones									
TOTAL DE SERVICIOS EFECTIVOS									

(1)
Indicar: Nombrado, Jornalizado, Contratado, Supernumerario

(2)
Detallar al pie las interrupciones

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:

.....

REMUNERACIONES CORRESPONDIENTES A LOS ULTIMOS 10 AÑOS (Excluidos Salario Familiar y Sueldo Anual Complementario)

PERIODO ⁽¹⁾		CATEGORIA	SUELDO BASICO	ANTIGÜEDAD		ADICIONALES CON APORTES ⁽²⁾													
DESDE	HASTA			AÑOS	IMPORTE														

(1) Registrar en forma separada cada vez que se produce variación de sueldos.

(2) Discriminación por concepto.

Lugar y Fecha:

Jefe de la Dependencia

Jefe de la Repartición