



Formulario
PS. 6.273

Certificación complementaria de servicios y remuneraciones. Ley 22.929 y Decreto N° 160/2005 Investigadores Científicos y Tecnológicos

Frente CUIL

Empleador certificante		Domicilio				Código Postal	
Inscripción N° / Cuenta		Teléfono		Fuente documental de lo que certifica			
Nombre/s y Apellido/s				País		N° de CUIL <input type="text"/>	
Afilación N°	DNI N°		CI N°		Expedida por		

Servicios prestados										
Carácter de los servicios ⁽¹⁾	Lugar de desempeño	Desde			Hasta			Tiempo		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

(1) Actividades técnico-científicas de investigación o desarrollo, con dedicación exclusiva o completa (Decreto 3245/83)
 Universidades nacionales: actividad docente con dedicación exclusiva, plena o de tiempo completo con tareas técnico-científicas de investigación, desarrollo y dirección de las mismas (Decreto 378/85).
 (2) Detallar al dorso las interrupciones

Total nominal	<input type="text"/>
Total de interrupciones ⁽²⁾	<input type="text"/>
Total de servicios efectivos	<input type="text"/>

Detalle de ausencias y licencias sin goce de haberes																													
Desde			Hasta			Tiempo a deducir			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	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

(2) Total de interrupciones (tiempo total a deducir)

--	--	--

Certificación del cargo desempeñado al cese - artículo 5°, Ley 22.929 ⁽³⁾	
Escalafón	
Agrupamiento	Tramo
Categoría	Desempeñada desde ___/___/___ hasta ___/___/___

Remuneración mensual vigente ⁽⁴⁾ del cargo certificado a _____	
Sueldo básico	\$ _____
Dedicación funcional o similares	\$ _____
Gastos de representación	\$ _____
Bonificación por antigüedad	\$ _____ por _____ años
Bonificación por título	\$ _____ nivel _____
Otros (detallar)	\$ _____
	\$ _____
	\$ _____
Total	\$ _____

(3) Se deberá certificar la remuneración total, incluyendo compensaciones y suplementos (excepto el sueldo anual complementario) sujeta al pago con aportes por el desempeño del cargo ocupado al momento del cese definitivo en el servicio, siempre y cuando dicho cargo se hubiera desempeñado por un mínimo de 24 meses consecutivos. De no alcanzar dicho período mínimo, se certificará la remuneración actualizada del cargo inmediato anterior desempeñado en el que se acrediten 24 meses consecutivos.

(4) Si se trata de una sola solicitud de suplemento por parte del beneficiario, la remuneración a certificar será el mensual de la fecha de cese definitivo. Si el cese definitivo se produjo antes de marzo de 1995, la remuneración a certificar será la de dicho mensual (marzo de 1995).

Domicilio de radicación de la fuente documental
Observaciones:

Este formulario tiene carácter de declaración jurada. Debe completarse sin omitir ni falsear ningún dato, sujetando a las personas infractoras a las penalidades previstas en los artículos 172, 275 y 292 del Código Penal para los delitos de estafa y falsificación de documento público.

Empleador o persona autorizada

Apellido/s y nombre/s o razón social	DNI
--------------------------------------	-----

En la ciudad de _____ a _____ días del mes de _____ de 20 ____

Firma y aclaración del empleador o persona autorizada

Certificación de la firma de empleador o persona autorizada

Certifico que los datos personales del empleador o persona autorizada son copia fiel de los que se encuentran en el documento de identidad que se indica, que tuve a la vista y que la firma fue realizada en mi presencia.

En la ciudad de _____ a _____ días del mes de _____ de 20 ____

Firma y sello aclaratorio de la autoridad certificante