

Frente

CUIL

Apellido/s y Nombre/s del Empleador Certificante		Domicilio		Cód. Postal	CUIT
Inscripción N°	Actividad de la Firma	Teléfono	Fuente Documental de lo que Certifica		
Apellido/s y Nombre/s del Afiliado		Fecha de Nacim.	Afiliado N°	Cl. N°	Expedida por
Servicios Prestados: Carácter de los Servicios (1) Tareas Comunes Fecha Desde Fecha Hasta Tiempo					
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> No    Fecha    Dia    Mes    Año    Dia    Mes    Año    Año    Mes    Dia Extinción del contrato de trabajo o relación de empleo público    No: _____ Total Interrupciones (2)					

(1) Indicar: Comunes, Privilegiados, Insábures Docentes y Docentes a frente de grado

(2) Detallar al dorso las interrupciones

Extinción del contrato de trabajo o relación de empleo público

Año:	SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo			Año:	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:						

Ministerio de Trabajo,  
Empleo y Seguridad Social

Form. PS6.2 (Dorso)

Año:	SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo			Año:	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			Año:	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			Año:		SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo		
Remuneraciones del Afiliado (*)					Ms.	Ds.	Hs.	Remuneraciones del Afiliado (*)					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			Año:		SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo		
				Ms.	Ds.	Hs.	Remuneraciones del Afiliado (*)	Ms.				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		
				Ms.	Ds.	Hs.
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						
Total:						

Tiempo Total a Deducir

<b>Datos Complementarios del Empleador</b>							
Domicilio de radicación de la fuente documental: Calle	Número	Piso	Dept.	Cód. Postal	Localidad	Prov.	Teléfono
Observaciones: _____ _____ _____							

<b>Firma del Empleador o Autorizado</b>			
Apellido/s y Nombre/s	Tipo y N° de Documento	Prov Emis	Lucar y Fecha

<b>Certificación de Firma</b>		
Certifico que la firma que antecede fue puesta ante mí y corresponde a _____, quien acredita su identidad con ____ N° _____ expedida por _____	Lugar y Fecha	<b>Importante:</b> La certificación de la identidad y documento del empleador o persona autorizada deberá realizarla autoridad bancaria, previsional, judicial o notarial.
		Firma y Sello Aclaratorio de la Autoridad Certificante

