Provincia de Santa Fe
Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
CAJA DE JUBILACIONES Y PENSIONES

QUALITY SYSTEM CERTIFICATION DNV·GL ISO 9001

FD - 02

Rev. 2 – Jun 2016

Foja de Servicios

Página Nº ..... al ...../ ...../ .....

Apellido/s y Nombre/s:……

IMPORTANTE: La presentación de este formulario ante la Caja implica la conformidad del solicitante con todos los datos y cifras consignados en el mismo y exime al organismo previsional de toda obligación derivada de error u omisión por el empleador.

F – DEL DETALLE DE LOS SERVICIOS

ALTA			BAJA			REPARTICIÓN	CARGO	FUNCIÓN	OBSERVACIONES (Activ con Cómp. Privilegiado o Diferenciado, etc.)	APORTES	
D	M	A	D	M	A					SI	NO

Lugar y fecha

Firma y sello del responsable

DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS DE LA PROVINCIA, ... de ..... de .....

(Resolución Nº 158/87)

Firma y Sello del Responsable

Provincia de Santa Fe
Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
CAJA DE JUBILACIONES Y PENSIONES

QUALITY SYSTEM CERTIFICATION DNV·GL ISO 9001

FD - 02

Rev. 2 – Jun 2016

Foja de Servicios

Página Nº ..... al ...../ ...../ .....

IMPORTANTE: La presentación de este formulario ante la Caja implica la conformidad del solicitante con todos los datos y cifras consignados en el mismo y exime al organismo previsional de toda obligación derivada de error u omisión por el empleador.

F – DEL DETALLE DE LOS SERVICIOS

ALTA			BAJA			REPARTICIÓN	CARGO	FUNCIÓN	OBSERVACIONES (Actividad con Cómp. Privileg o Diferenciado, etc.)	APORTES	
D	M	A	D	M	A					SI	NO

Lugar y fecha

Firma y sello del responsable

DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS DE LA PROVINCIA, ... de ..... de .....

(Resolución Nº 158/87)

Firma y Sello del Responsable

Provincia de Santa Fe
Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
CAJA DE JUBILACIONES Y PENSIONES

Rev. 2 – Jun 2016

FD - 02

Foja de Montos

Página Nº ..... al ...../...../.....

Apellido/s y Nombre/s: ……

IMPORTANTE: La presentación de este formulario ante la Caja implica la conformidad del solicitante con todos los datos y cifras consignados en el mismo y exime al organismo previsional de toda obligación derivada de error u omisión por el empleador.

G – DEL DETALLE DE LOS MONTOS

REPARTICIÓN		CARGO	
MES / AÑO	SUELDO REMUNERATIVO PERCIBIDO	OBSERVACIONES	Con aportes / Sin aportes
ENERO /			
FEBRERO			
MARZO			
ABRIL			
MAYO			
JUNIO			
1er S.A.C.			
JULIO			
AGOSTO			
SETIEMBRE			
OCTUBRE			
NOVIEMBRE			
DICIEMBRE			
2do S.A.C.			
REPARTICIÓN		CARGO	
ENERO /			
FEBRERO			
MARZO			
ABRIL			
MAYO			
JUNIO			
1er S.A.C.			
JULIO			
AGOSTO			
SETIEMBRE			
OCTUBRE			
NOVIEMBRE			
DICIEMBRE			
2do S.A.C.			

Lugar y fecha

Firma y sello del responsable

DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS DE LA PROVINCIA, ... de ..... de .....

(Resolución Nº 158/87)

Firma y Sello del Responsable

Provincia de Santa Fe
Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
CAJA DE JUBILACIONES Y PENSIONES

Rev. 2 – Jun 2016

FD - 02

Foja de Montos

Página Nº ..... al ...../...../.....

Apellido/s y Nombre/s: ……

IMPORTANTE: La presentación de este formulario ante la Caja implica la conformidad del solicitante con todos los datos y cifras consignados en el mismo y exime al organismo previsional de toda obligación derivada de error u omisión por el empleador.

G – DEL DETALLE DE LOS MONTOS

REPARTICIÓN		CARGO	
MES / AÑO	SUELDO REMUNERATIVO PERCIBIDO	OBSERVACIONES	Con Aportes / Sin aportes
ENERO /			
FEBRERO			
MARZO			
ABRIL			
MAYO			
JUNIO			
1er S.A.C.			
JULIO			
AGOSTO			
SETIEMBRE			
OCTUBRE			
NOVIEMBRE			
DICIEMBRE			
2do S.A.C.			
REPARTICIÓN		CARGO	
ENERO /			
FEBRERO			
MARZO			
ABRIL			
MAYO			
JUNIO			
1er S.A.C.			
JULIO			
AGOSTO			
SETIEMBRE			
OCTUBRE			
NOVIEMBRE			
DICIEMBRE			
2do S.A.C.			

Lugar y fecha

Firma y sello del responsable

DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS DE LA PROVINCIA, ... de ..... de .....

(Resolución Nº 158/87)

Firma y Sello del Responsable

Provincia de Santa Fe
Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
CAJA DE JUBILACIONES Y PENSIONES

Rev. 2 – Jun 2016

FD - 02

Foja de Montos

Página Nº ..... al ...../...../.....

Apellido/s y Nombre/s: ……

IMPORTANTE: La presentación de este formulario ante la Caja implica la conformidad del solicitante con todos los datos y cifras consignados en el mismo y exime al organismo previsional de toda obligación derivada de error u omisión por el empleador.

DETALLE AMPLIATORIO DE LA FOJA DE MONTOS ADICIONALES PERCIBIDOS

(Detallar solamente los adicionales que no son propios de la categoría de revista o función desempeñada)

ALTA			BAJA			DENOMINACIÓN	MONTO O PORCENTUAL
D	M	A	D	M	A		

Lugar y fecha

Firma y sello del responsable

DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS DE LA PROVINCIA, ... de ..... de .....

(Resolución Nº 158/87)

Firma y Sello del Responsable