



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



FD - 01

Certificado de Servicios

Página N° 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.

A – DEL ORGANISMO EMISOR	
Ministerio o Municipalidad, Comuna u Organismo Adherido	
.....	

B – DEL SOLICITANTE DEL BENEFICIO / CAUSANTE (según corresponda)	
Apellidos: Paterno:	
Nombre/s Completo/s:	
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de Nacimiento: ___/___/___

DOCUMENTO		SI ES EXTRANJERO Y NO POSEE DNI	
Tipo: <input type="checkbox"/> D.N.I. <input type="checkbox"/> L.E. <input type="checkbox"/> L.C. <input type="checkbox"/> C.I. <input type="checkbox"/> Otros Letra:.....		C.I. Expedida por:	
Número:			

C – DE LAS LICENCIAS Y/O SUSPENSIONES SIN GOCE DE SUELDO									
PARA CADA LICENCIA O SUSPENSIÓN SIN GOCE DE SUELDO									
Desde			Hasta			Cargo		Observaciones	
D	M	A	D	M	A				

D – APOORTE ADICIONAL POR COMPUTO PRIVILEGIADO / DIFERENCIADO			
ALTA	BAJA	PORCENTAJE	OBSERVACIONES

E - OTROS
Servicios con aportes a otros organismos provisionales presentados a los fines de las LICENCIAS: años meses. Organismo:

Se adjuntan a la presente Fojas de Servicios, Fojas de Montos y Fojas de Servicios y Montos.

Lugar y Fecha

Firma de Autoridad Competente

DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS DE LA PROVINCIA, de de (Resolución N° 158/87)	_____ Firma y Sello del Responsable
--	--