



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 exige al organismo previsional de toda obligación derivada de error u omisión por el empleador.

F - DEL DETALLE DE LOS SERVICIOS							
ALTA			BAJA			CARGO	OBSERVACIONES
D	M	A	D	M	A		

_____ Lugar y fecha

_____ Firma y sello del responsable

_____ (*)

(*) Firma y sello de toda persona autorizada de conformidad con el Art. 41 y 44 del Código Procesal Civil y Comercial de la Provincia, Funcionario del Instituto Previsional o Escribano Público (que debe dejar constancia en el LIBRO DE INTERVENCIONES), certificando la firma del responsable.



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



FD - 03

Rev. 2 – Jun 2016
Foja de Servicios y Montos

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.

F – DEL DETALLE DE LOS SERVICIOS

ALTA			BAJA			CARGO	OBSERVACIONES
D	M	A	D	M	A		

 Lugar y fecha Firma y sello del responsable (*)

(*) Firma y sello de toda persona autorizada de conformidad con el Art. 41 y 44 del Código Procesal Civil y Comercial de la Provincia, Funcionario del Instituto Previsional o Escribano Público (que debe dejar constancia en el LIBRO DE INTERVENCIONES), certificando la firma del responsable.



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					
MES / AÑO	DÍAS/ HORAS TRABAJADAS	SUELDO REMUNERATIVO PERCIBIDO	OBSERVACIONES	Con aportes	Sin aportes
ENERO /					
FEBRERO					
MARZO					
ABRIL					
MAYO					
JUNIO					
1 ^{er} S.A.C.					
JULIO					
AGOSTO					
SETIEMBRE					
OCTUBRE					
NOVIEMBRE					
DICIEMBRE					
2 ^{do} S.A.C.					
ENERO/					
FEBRERO					
MARZO					
ABRIL					
MAYO					
JUNIO					
1 ^{er} S.A.C.					
JULIO					
AGOSTO					
SETIEMBRE					
OCTUBRE					
NOVIEMBRE					
DICIEMBRE					
2 ^{do} S.A.C.					

Lugar y fecha

Firma y sello del responsable

(*)

(*) Firma y sello de toda persona autorizada de conformidad con el Art. 41 y 44 del Código Procesal Civil y Comercial de la Provincia, Funcionario del Instituto Previsional o Escribano Público (que debe dejar constancia en el LIBRO DE INTERVENCIONES), certificando la firma del responsable.



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

MES / AÑO	DÍAS/ HORAS TRABAJADAS	SUELDO REMUNERATIVO PERCIBIDO	OBSERVACIONES	Con aportes	Sin Aportes
ENERO /					
FEBRERO					
MARZO					
ABRIL					
MAYO					
JUNIO					
1 ^{er} S.A.C.					
JULIO					
AGOSTO					
SETIEMBRE					
OCTUBRE					
NOVIEMBRE					
DICIEMBRE					
2 ^{do} S.A.C.					
ENERO/					
FEBRERO					
MARZO					
ABRIL					
MAYO					
JUNIO					
1 ^{er} S.A.C.					
JULIO					
AGOSTO					
SETIEMBRE					
OCTUBRE					
NOVIEMBRE					
DICIEMBRE					
2 ^{do} S.A.C.					

Lugar y fecha

Firma y sello del responsable

(*)

(*) Firma y sello de toda persona autorizada de conformidad con el Art. 41 y 44 del Código Procesal Civil y Comercial de la Provincia, Funcionario del Instituto Previsional o Escribano Público (que debe dejar constancia en el LIBRO DE INTERVENCIONES), certificando la firma del responsable.



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

(*)

(*) Firma y sello de toda persona autorizada de conformidad con el Art. 41 y 44 del Código Procesal Civil y Comercial de la Provincia, Funcionario del Instituto Previsional o Escribano Público (que debe dejar constancia en el LIBRO DE INTERVENCIONES), certificando la firma del responsable.



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

_____ (*)

(*) Firma y sello de toda persona autorizada de conformidad con el Art. 41 y 44 del Código Procesal Civil y Comercial de la Provincia, Funcionario del Instituto Previsional o Escribano Público (que debe dejar constancia en el LIBRO DE INTERVENCIONES), certificando la firma del responsable.

PÁGINA 6 de 6