



PROVINCIA DE SANTA FE
Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Caja de Jubilaciones y Pensiones

FSM 01

ANEXO 1

Se deberá completar el presente formulario cuando:

A- Servicios con Derecho a Cómputo Privilegiado / Diferenciado. De ser necesario, acompañe DETALLE de las tareas.

B- Servicios prestados "A JORNAL" o SIMULTÁNEOS. Detalle cantidad de horas y/o días trabajados mes por mes, de todo el período de servicios.

1- Organismo Empleador:

2- Nombre y Apellido de Agente (como figura en DNI):

3- Datos Personales: CUIL:

Nacimiento:

Correo electrónico:

4- Firmas:

Firma/sello organismo empleador

Firma/sello entidad certificante*

Lugar:

Fecha:

* **Certificación:** debe realizarse por Recursos Humanos de la Provincia, persona autorizada, escribanía pública, autoridad judicial, o ante este organismo.



FSM 01

5- Servicios con Cómputo Privilegiado / Diferenciado, "A Jornal" o Simultáneos

--

[illegible][illegible]

Firma/sello organismo empleador



FSM 01

Nombre y Apellido:

CUIL: | | | | | | | | | |

[illegible]

Firma/sello organismo empleador



FSM 01

Nombre y Apellido:

CUIL: | | | | | | | | | |

[illegible]

Firma/sello organismo empleador