



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

FSM 01

1- Organismo Empleador:

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

3- Datos Personales: CUIL: Nacimiento: Correo electrónico:

4- Servicios Prestados antes de: últimos 120 meses (Régimen Civil), o últimos 12 meses de servicios penitenciarios (Régimen Policial)

Fecha Desde	Fecha Hasta	Aportes		TOTAL	Observaciones
		SI	NO		

Se deberá completar en formulario "**ANEXO 1**" cuando:

A- Deba informar servicios con Derecho a Cómputo Privilegiado / Diferenciado.

B- Deba informar servicios prestados "A JORNAL" o SIMULTÁNEOS.

5- 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.



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

FSM 01

6- Fojas de Servicios: últimos 120 meses (Régimen Civil), o últimos 12 meses de servicios penitenciarios (Régimen Policial)

Nombre y Apellido:

CUIL: | | | | |

Firma/sello organismo empleador



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

FSM 01

Continúa el detalle de servicios con aportes, prestados durante los últimos 120 o 12 meses

Nombre y Apellido:

CUIL: _____

Firma/sello organismo empleador



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

FSM 01

7- Licencias sin Goce de Haberes

Nombre y Apellido:

CUIL: _____

Firma/sello organismo empleador



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

FSM 01

8- Foja de Montos (Adicionales Particulares):

Detalle solamente los adicionales que no son propios de la categoría de revista o función desempeñada. De ser necesario acompañe informe con la forma de cálculo.

Nombre y Apellido:

CUIL: _____

Firma/sello organismo empleador