

ANSES

Formulario
PS. 6.2

Certificación de servicios y remuneraciones

Frente

										CUIL						
Apellido(s) y nombre(s) del empleador certificante					Domicilio					Cód. Postal		CUIT				
Inscripción N°		Actividad de la firma			Teléfono		Fuente documental de lo que certifica									
Apellido (s) y nombre (s) de la persona afiliada				Fecha de Nacim.		Afiliación N°		Cl. N°		Expedida por		Tipo y N° de documento				
Detalle el carácter de los servicios prestados ¹								Fecha desde			Fecha hasta			Tiempo		
								Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Años	Meses	Días

(1) Indicar: tareas comunes, privilegiados, insalubres docentes y docentes al frente de grado

(2) Detallar al dorso las interrupciones

¿Extinción del contrato de trabajo o relación de empleo público?

☐ Sí ☐ No

Fecha

No: _____

Total nominal

Total de interrupciones²

Año:		SAC	Oficio u ocupación	Carácter de los servicios	Tiempo efectivo de trabajo			Año:		SAC	Oficio u ocupación	Carácter de los servicios	Tiempo efectivo de trabajo		
Remuneraciones de la persona afiliada*					Ms.	Ds.	Hs.	Remuneraciones de la persona afiliada*					Ms.	Ds.	Hs.
01								01							
02								02							
03								03							
04								04							
05								05							
06								06							
07								07							
08								08							
09								09							
10								10							
11								11							
12								12							
Total:								Total:							

Formulario PS 6.2 (dorso 1)

Año:		SAC	Oficio u ocupación	Carácter de los servicios	Tiempo efectivo de trabajo			Año:		SAC	Oficio u ocupación	Carácter de los servicios	Tiempo efectivo de trabajo		
Remuneraciones de la persona afiliada*					Ms.	Ds.	Hs.	Remuneraciones de la persona afiliada*					Ms.	Ds.	Hs.
01								01							
02								02							
03								03							
04								04							
05								05							
06								06							
07								07							
08								08							
09								09							
10								10							
11								11							
12								12							
Total:								Total:							

Año:		SAC	Oficio u ocupación	Carácter de los servicios	Tiempo efectivo de trabajo			Año:		SAC	Oficio u ocupación	Carácter de los servicios	Tiempo efectivo de trabajo		
Remuneraciones de la persona afiliada*					Ms.	Ds.	Hs.	Remuneraciones de la persona afiliada*					Ms.	Ds.	Hs.
01								01							
02								02							
03								03							
04								04							
05								05							
06								06							
07								07							
08								08							
09								09							
10								10							
11								11							
12								12							
Total:								Total:							

Formulario PS 6.2 (frente 2)

Año:		SAC	Oficio u ocupación	Carácter de los servicios	Tiempo efectivo de trabajo			Año:		SAC	Oficio u ocupación	Carácter de los servicios	Tiempo efectivo de trabajo		
Remuneraciones de la persona afiliada*					Ms.	Ds.	Hs.	Remuneraciones de la persona afiliada*					Ms.	Ds.	Hs.
01								01							
02								02							
03								03							
04								04							
05								05							
06								06							
07								07							
08								08							
09								09							
10								10							
11								11							
12								12							
Total:								Total:							

Año:		SAC	Oficio u ocupación	Carácter de los servicios	Tiempo efectivo de trabajo			Año:		SAC	Oficio u ocupación	Carácter de los servicios	Tiempo efectivo de trabajo		
Remuneraciones de la persona afiliada*					Ms.	Ds.	Hs.	Remuneraciones de la persona afiliada*					Ms.	Ds.	Hs.
01								01							
02								02							
03								03							
04								04							
05								05							
06								06							
07								07							
08								08							
09								09							
10								10							
11								11							
12								12							
Total:								Total:							

Form. PS.6.2 (Dorso 2)

Año:		SAC	Oficio u ocupación	Carácter de los servicios	Tiempo efectivo de trabajo		
Remuneraciones de la persona afiliada*					Ms.	Ds.	Hs.
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
Total:							

Detalle de ausencias y licencias sin goce de sueldo									
Fecha desde			Fecha hasta			Tiempo a deducir			
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Año	Mes	Día	
Total de tiempo a deducir									

Datos complementarios del empleador: domicilio de radicación de la fuente documental							
Calle	Número	Piso	Depto.	Cód. Postal	Localidad	Prov.	Teléfono
Observaciones: _____							

Firma del empleador o persona autorizada		
Apellido/s y nombre/s	Tipo y N° de documento	Prov. Emis.

Lugar y fecha

Firma de empleador/a o persona autorizada

Certificación de firma	
Certifico que la firma que antecede fue puesta ante mí y corresponde a _____	
quien acredita su identidad con	_____ N° _____
expedido por	_____

Lugar y fecha

Firma y sello aclaratorio de la autoridad certificante

Importante: la certificación de identidad y documento del empleador o persona autorizada deberá ser realizada por autoridad bancaria, previsional, judicial o notarial.