ANSES

Formulario PS. 6.2

Certificación de servicios y remuneraciones

rente																		CU	JIL	ıı	1 1		ı	
Apelli	ido(s) y nombre(s) del emp	pleador certifi	icante			Domici	io									Cód	l. Post	al CUI	IT					
Inscri	ipción Nº	Actividad de	la firma				Te	eléfond)		Fue	ente	docun	nenta	ıl de	lo qu	ie cert	ifica						
Apel	lido (s) y nombre (s) de la	persona afilia	da	Fecha o	de Nacim	. Afi	liación	N°		CI. Nº					Ex	pedi	da por			Tipo y N	o de do	cumer	nto	
						1						1	ш	1						ш,		ш	1	
Detal	le el carácter de los servio	cios prestados	s ¹									F	echa (desd	е			Fecha l				Tiem		
											Dí	a	Mes		Año I		Día I	Mes I	ı	Año I I	Años I	Mese	es D)ías I
													ī		ī	ī	ī				ī			
											Ш		I		ı	L	ı	ı	L		I			
											\perp			ш		ı			L		ı	L	\perp	
(4)											Ш			L		Ш			Lı	\perp		<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
	licar: tareas comunes, privi tallar al dorso las interrupo		alubres docente	es y doce	entes al fi	rente de	grado		Fecha	l			1					Т	otal	nominal		<u> </u>		
Extin	ción del contrato de trabaj	o o relación d	e empleo públi	co?		Sí	No				ı	ı	No:_			_	Tota	l de inte	errup	ciones ²				
Año):		00.			Tie	 mpo ef	fectivo	Año:									1				empo	efec	ctivo
	nuneraciones de la	SAC	Oficio u ocupación		cter de ervicios		de traba	i 	Remuner	raciones de	la			SAC			ficio u paciór			cter de ervicios		de tr	_	
pers	sona afiliada*					Ms	. Ds.	Hs.	persona	afiliada*											N	ls. D	s.	Hs.
01									01														_	
02									02															
03									03															
04									04															
05									05															
06									06															
07									07															
08									08															
09									09															
10									10														T	
11									11														\dashv	
12							1		12														T	
Total:							1		Total:														\top	

Formulario PS 6.2 (dorso 1)

Año	: nuneraciones de la	SAC	Oficio u	Carácter de		po efe traba	Año:	raciones de la	SAC	Oficio u	Carácter de		npo efe e traba	ectivo
	sona afiliada*	0,10	ocupación	los servicios	Ms.	Ds.	persona		07.10	ocupación	los servicios	Ms.	Ds.	
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 Ren	o: nuneraciones de la	SAC	Oficio u ocupación	Carácter de los servicios		po efe traba		Año: Remune	raciones de la	SAC	Oficio u ocupación	Carácter de los servicios		po efe traba	ectivo ajo
	sona afiliada*		ocupacion	ios servicios	Ms.	Ds.	Hs.	persona			ocupacion	ios servicios	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	o: nuneraciones de la	SAC	Oficio u	Carácter de		po efe traba	Año: Remune	raciones de la	SAC	Oficio u	Carácter de		npo efe e traba	ectivo
	sona afiliada*		ocupación	los servicios	Ms.	Ds.	persona			ocupación	los servicios	Ms.		
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	: nuneraciones de la	SAC	Oficio u	Carácter de		po efe traba		Año:	raciones de la	SAC	Oficio u	Carácter de		npo efo e traba	ectivo aio
	sona afiliada*	6,10	ocupación	los servicios	Ms.		Hs.	persona		0,10	ocupación	los servicios	Ms.		1
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:							

orm. PS.6.2 (Dorso 2)																	
Año:		Oficio u	Carácter de			ectivo											
Remuneraciones de la persona afiliada*	SAC	ocupación	los servicios	_	traba	_											
01				Ms.	Ds.	Hs.		Г	Detalle de	auconcia	. v licon	noi no	oin acc	o do quale			
02				1				-	Fecha desc				hasta	e de Sueit		o a ded	lucir
03				\vdash				F	Día Me				Mes	Año	Año	Mes	Día
04				-				-		+++	+	+	$\dashv +$		++		
				+				-		+	+	+	\dashv		++		
05				-						+		4		111	+-		
06								-		+	4	_		ш	+		
07				-						<u> </u>				111			ı
08				-							Tota	al de	tiempo	a deducir		١.	
09													•				
10				-													
11																	
12																	
Total: Datos complementarios d Calle	el empleador: do	omicilio de radi	cación de la fuente Número			Depto.	d. Postal	Localid	lad				Prov.	Teléfon	0		
otal: Datos complementarios d Calle	el empleador: do	omicilio de radi					d. Postal	Localid	dad				Prov.	Teléfon	0		
Datos complementarios d Calle Observaciones: Firma del empleador o pel			Número I I I	P	iso [Depto.	d. Postal	Localid	dad				Prov.	Teléfon	0		
Datos complementarios d Calle Observaciones: Firma del empleador o pel				P	iso [Depto.	d. Postal	Localid	dad				Prov.	Teléfon	0		
Total: Datos complementarios d Calle			Número I I I	de doc	iso [Depto.		Localid									
Datos complementarios d Calle Observaciones: Firma del empleador o per Apellido/s y nombre/s	rsona autorizada		Número I I I	de doc	iso [Depto.		Localid	dad Lugar y	fecha				na de em	oleador/		sona
Datos complementarios d Calle Observaciones: Firma del empleador o per Apellido/s y nombre/s Certificación de firma	rsona autorizada		Número I I I	de doc	iso [Depto.		Localid		fecha			Firr	na de em	oleador/ utorizada	a	
Datos complementarios d Calle Observaciones: Firma del empleador o pel Apellido/s y nombre/s Certificación de firma Certifico que la firma que a	rsona autorizada		Número I I I	de doc	iso [Depto.		Localid		fecha		_	Firm	na de em au ortante: la	pleador/ utorizada	a Ición de	
Datos complementarios d Calle Observaciones: Firma del empleador o per Apellido/s y nombre/s Certificación de firma Certifico que la firma que a corresponde a	rsona autorizada a antecede fue pue	esta ante mí y	Número	de doc	iso [Depto.		Localid		fecha		_	Firm	na de em au ortante: la tidad y do	oleador/ itorizada certifica cumento	a nción de ndel	•
Datos complementarios d Calle Observaciones: Firma del empleador o per Apellido/s y nombre/s Certificación de firma Certifico que la firma que a	rsona autorizada	esta ante mí y	Tipo y N°	de doc	iso [Depto.	/. Emis.				utoridac		Firm Important identication debe	na de em au ortante: la	oleador/ itorizada certifica cumento ersona a lizada p	a oción de o del outoriza or autor	e ı da ridad