

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.

DETALLE AMPLIATORIO DE LA FOJA DE MONTOS ADICIONALES Y SUPLEMENTOS PERCIBIDOS EN LOS ULTIMOS DIEZ (10) AÑOS.							
ALTA			BAJA			DENOMINACIÓN DEL ADICIONAL O SUPLEMENTO	MONTO O PORCENTUAL
D	M	A	D	M	A		

* En caso de Operador de Equipos Pesados indicar días maquinas trabajados los últimos 120 meses.

Lugar y Fecha

Firma de Autoridad Competente

Página N°: _____ al _____ / _____ / _____

CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS								
CARGO / FUNCIÓN	CATEGORÍA / NIVEL	CONDICIÓN	ALTA			BAJA		
			D	M	A	D	M	A

- a. Indicar fecha de comienzo de aportes al Seguro de Retiro Jubilatorio: desde el _____ / _____ / _____
- b. Informar aporte de Primer mes a la Caja Municipal: desde el _____ / _____ / _____
- c. En caso de ser personal transitorio jornalizado eventualmente, indicar los días trabajados por mes en una planilla complementaria a esta certificación.
- d. Adjuntar copia de diez (10) recibos de sueldo, uno por año, de distintos meses de los últimos diez (10) años.

Se extiende el presente certificado para ser presentado ante la Caja Municipal de Jubilaciones y Pensiones de la Ciudad de Santa Fe a los _____ días del mes de _____ del año _____.

 Lugar y Fecha

 Firma de Autoridad Competente

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.

A- DEL ORGANISMO EMISOR

Municipalidad, Comuna u Organismo Adherido _____

B- DEL BENEFICIO / CAUSANTE (Según corresponda)

Apellido: _____

Nombre Completo: _____

Sexo: F M Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

<p>DOCUMENTO</p> <p>TIPO: <input type="checkbox"/> D.N.I. <input type="checkbox"/> L.E. <input type="checkbox"/> L.C. <input type="checkbox"/> C.I. <input type="checkbox"/> Otros</p> <p>NÚMERO: _____</p>	<p>SI ES EXTRANJERO</p> <p>C.I Expedida por: _____</p>
--	---

C- DE LAS LICENCIAS Y/O SUSPENSIÓN SIN GOCE DE SUELDO

PARA CADA LICENCIA O SUSPENSIÓN SIN GOCE DE SUELDO

DESDE			HASTA			CARGO	OBSERVACIONES
D	M	A	D	M	A		

D- APOORTE ADICIONAL POR COMPUTO PRIVILEGIADO / DIFERENCIADO

ALTA	BAJA	PORCENTAJE	OBSERVACIONES

E- OTROS

Servicios con aportes a otros organismos provisionales presentados a los fines de las LICENCIAS:
 _____ años _____ meses Organismo: _____

Se adjunta a la presente _____ Fojas de Servicios, _____ Fojas de Montos y _____ Fojas de Servicios y Montos.

_____ Lugar y Fecha

_____ Firma de Autoridad Competente