ANSES		PS.6.2	CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS Y REMUNERACIONES	Nº de C.U.I.L.

Empleador Certificante:			
Domicilio:		Nº de C.U.I.T.:	Cód.Postal:
Nº Inscripción:	Actividad de la firma:	Teléfono:	Fuente documental que lo que certifica
Apellido y Nombre/s completo/s del afiliado			Fecha de nacimiento
Afiliado Nº		C.I. Nº	Expedida por:

SERVICIOS PRESTADOS

CARÁCTER DE LOS SERVICIOS (1)	*Tareas*	*Docentes*	DESDE			HASTA			TIEMPO		
			D	M	A	D	M	A	D	M	A
						Total Nominal					
						(2) Total Interrupciones					

(1) Indicar: Comunes, privilegiados, insalubres, docentes y docentes al frente de grado.
(2) Detallar al dorso las interrupciones

Extinción del contrato de trabajo o relación de empleado público SI ☐ Fecha: ☐ NO: ☐

AÑO _____ REMUNERACIÓN DEL AFILIADO(*)	OCUPACIÓN U OFICIOS	Carácter de los servicios	TIEMPO EFECTIVO DE TRABAJO		
			Meses	Días	Horas
ENERO					
FEBRERO					
MARZO					
ABRIL					
MAYO					
JUNIO					
JULIO					
AGOSTO					
SEPTIEMBRE					
OCTUBRE					
NOVIEMBRE					
DICIEMBRE					
TOTAL:					

AÑO _____ REMUNER.DEL AFILIADO(*)	OFICIOS U OCUPACIÓN	Carácter de los Servicios	TIEMPO EFECTIVO DE TRABAJO		
			Meses	Días	Horas
ENERO					
FEBRERO					
MARZO					
ABRIL					
MAYO					
JUNIO					
JULIO					
AGOSTO					
SEPTIEMBRE					
OCTUBRE					
NOVIEMBRE					
DICIEMBRE					
TOTAL:					

(*) Excluido Sueldo Anual Complementario