

**ANSES****Formulario**  
PS. 6.2**Certificación de servicios y remuneraciones**

<b>Frente</b>							CUIL		
---------------	--	--	--	--	--	--	------	--	--

Apellido/s y nombre/s del/de la empleador/a 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.		Afilación N°			Cl. N°		Expedida por		Tipo y N° de documento	
--	--	--	-----------------	--	--------------	--	--	--------	--	--------------	--	------------------------	--

Detalle el carácter de los servicios prestados <sup>1</sup>	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			Total nominal		
No: _____			Total de interrupciones <sup>2</sup>		

Año: Remuneraciones de la persona afiliada*	SAC	Oficio u ocupación	Carácter de los servicios	Tiempo efectivo de trabajo			Año: Remuneraciones de la persona afiliada*	SAC	Oficio u ocupación	Carácter de los servicios	Tiempo efectivo de trabajo		
				Ms.	Ds.	Hs.					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:							

Año:	SAC	Oficio u ocupación	Carácter de los servicios	Tiempo efectivo de trabajo		
				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/de la empleador/a: domicilio de radicación de la fuente documental							
Calle	Número	Piso	Depto.	Cód. Postal	Localidad	Prov.	Teléfono
Observaciones:							

Firma del/de la empleador/a 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/de la empleador/a o persona autorizada deberá ser realizada por autoridad bancaria, previsional, judicial o notarial.