



# CERTIFICACION DE PRESTACION DE SERVICIOS Y REVISTA

Ley Nro. 4282/87, modif. Ley Nro. 5249/01.

Instituto de Seguros de Jujuy

Esta certificación deberá ser cumplimentada, en su totalidad, por la repartición de origen (ente liquidador).

DATOS DEL INGRESANTE				GENERO		LE		LC		DNI															
APELLIDO Y NOMBRES				Fem. <input type="checkbox"/>	Masc. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
				Otro <input type="checkbox"/>	Nro. CUIL																				
CALLE		NRO.		DPTO.		PISO		<b>ESTADO CIVIL</b> soltero <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> viudo <input type="checkbox"/> OTROS:    separado <input type="checkbox"/> concubino/a declar. jud. <input type="checkbox"/> concubino/a NO declar. jud. <input type="checkbox"/>																	
BARRIO		CODIGO POSTAL																							
LOCALIDAD		DEPARTAMENTO																							
TELEFONO FIJO		TELEFONO CELULAR																							
SITUACION DE REVISTA				NOMBRE DE LA REPARTICION				FECHA DE INGRESO A LA REPARTICION																	
PTA. PERMANENTE <input type="checkbox"/>		PROVISIONAL <input type="checkbox"/>		LIC. S/GOCE DE HABERES <input type="checkbox"/>		CATEGORIA (número) <input type="text"/> <input type="text"/> CARGO O FUNCION (en caso de no tener categoría) _____				<table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr><td>dia</td><td>mes</td><td>año</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>		dia	mes	año				<table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr><td>dia</td><td>mes</td><td>año</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>		dia	mes	año			
dia	mes	año																							
dia	mes	año																							
CONTRATADO <input type="checkbox"/>		JORNALIZADO <input type="checkbox"/>		CONV. ESPECIAL <input type="checkbox"/>																					
REEMPLAZ./SUPLENTE <input type="checkbox"/>		FUNCIONARIO <input type="checkbox"/>		OTRO <input type="checkbox"/>																					
INTERINO <input type="checkbox"/>		PASANTIA <input type="checkbox"/>																							
DATOS DEL CONYUGE O CONCUBINO/A		GRUPO FAMILIAR				ESTADO CIVIL		CUIL																	
<b>ESTUDIOS</b> ning. prim. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sec. univ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <b>ACTIVIDAD LABORAL</b> (profesión / ocupación) _____ _____		NOMBRE Y APELLIDO		EDAD	OCUP.	PARENTESCO																			
APORTES Y CONTRIBUCIONES				SELLO DE LA REPARTICION				JEFE DE PERSONAL/REPARTICION																	
TOTAL RET. 4% <input type="checkbox"/>		RET. LEY 4282/87 ART. 17 <input type="checkbox"/>		FECHA DE EXPEDIENTE DEL CERTIFICADO <table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr><td>dia</td><td>mes</td><td>año</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				dia	mes	año				<b>FIRMA Y ACLARACION</b> _____ _____											
dia	mes	año																							
DEPARTAMENTO DE LA REPARTICION EN EL CUAL SE PRESTA SERVICIO _____																									
NRO. DE LEGAJO DE RECIBO DE SUELDO _____																									
<b>INFORMACION:</b> Sr. Afiliado, conjuntamente con esta Certificación deberá concurrir munido de la siguiente documentación: 1) Fotocopia del último recibo de haberes o Certificación Oficial de Haberes de la Repartición de origen. 2) DNI de cada uno de los ingresantes. 3) En caso de incorporación de Hijo, por primera vez, deberá presentar: a) Fotocopia de Certificado de Nacimiento. b) Certificado de Residencia y Convivencia Policial. c) Certificación de Negatividad (www.anses.gob.ar). 4) La incorporación de otros familiares A CARGO (esposo/a, concubino/a, etc.) se tramita por Expediente. 5) Deberá presentar una nueva Certificación, en forma inmediata, en caso de Licencia sin Goce de Haberes, según lo establece el art. 44 de la Ley Nro. 4282/87.																									
<b>IMPORTANTE:</b> ~Toda enmienda o tachadura deberá ratificarse bajo firma del funcionario actuante. ~La renovación de las credenciales se realiza según el vencimiento que figura en la presente Certificación. ~Es responsabilidad del Afiliado informar <u>por escrito</u> toda modificación de los datos informados.																									
OBSERVACIONES																									
El Afiliado toma conocimiento de lo vertido en la presente certificación:  Firma del Titular: _____ Aclaración: _____ DNI: _____						<b>FUNCIONARIO ACTUANTE DEL ISJ</b>  <b>Firma y sello</b>  _____ _____ Fecha de Actualización																			