



CERTIFICACION DE PRESTACION DE SERVICIOS Y REVISTA

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

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

Instituto de Seguros de Jujuy

DATOS DEL INGRESANTE		GENERO		Nro DNI																			
APELLIDO Y NOMBRES				Nro. CUIL																			
CALLE		NRO.		DPTO.		PISO		Estado Civil:															
BARRIO		CODIGO POSTAL																					
LOCALIDAD		DEPARTAMENTO																					
SITUACION DE REVISTA				NOMBRE DE LA REPARTICION				FECHA DE INGRESO A LA REPARTICION															
Instrumento Legal Número				CARGO O FUNCION (en caso de no tener categoría) CATEGORIA Legajo				<table><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													
FECHA DE EGRESO/VENCIMIENTO (PTA. PTE. no aplica) <table><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																					
GRUPO FAMILIAR		Apellido y Nombres		EDAD	OCUP.	PARENTESCO	ESTADO CIVIL	CUIL															
APORTES Y CONTRIBUCIONES							JEFE DE PERSONAL/REPARTICION																
TOTAL RET. 5% RET.LEY 4282/87 y LEY 6376/23							FIRMA Y ACLARACION																
INFORMACION: Deberá adjuntar a esta certificación: 1) Documento del titular en PDF anverso y reverso 2) Último recibo de haberes en PDF (s ^í lo si posee)																							
OBSERVACIONES																							
CONTACTOS:																							
Correo electrónico																							
Celular																							
Usuario GDE																							
FECHA DE REALIZACIÓN DEL CERTIFICADO																							