



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		LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>							
APELLIDO Y NOMBRES		Fam. <input type="checkbox"/>									
		Masc. <input type="checkbox"/>		Nro. CUIL							

CALLE	NRO.	DPTO.	PISO	ESTADO CIVIL			
BARRIO	CODIGO POSTAL			soltero <input type="checkbox"/>	casado <input type="checkbox"/>	OTROS: separado <input type="checkbox"/>	
LOCALIDAD	DEPARTAMENTO			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	concubino/a declar. jud. <input type="checkbox"/>	
TELEFONO FIJO	TELEFONO CELULAR			divorciada <input type="checkbox"/>	viudo <input type="checkbox"/>	concubino/a NO declar. jud. <input type="checkbox"/>	

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"/>			<table border="1"> <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										
CONTRATADO <input type="checkbox"/>	JORNALIZADO <input type="checkbox"/>	CONV. ESPECIAL <input type="checkbox"/>			FECHA DE EGRESO/VENCIMIENTO (PTA. PTE. NO aplica) <table border="1"> <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										
REEMPLAZ./SUPLENTE <input type="checkbox"/>	FUNCIONARIO <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>	CATEGORIA (número)	CARGO O FUNCION (en caso de no tener categoria)								
INTERINO <input type="checkbox"/>	PASANTIA <input type="checkbox"/>											

DATOS DEL CONYUGE O CONCUBINO/A		GRUPO FAMILIAR						
		NOMBRE Y APELLIDO		EDAD	OCUPACION	PAREN TESCO	ESTADO CIVIL	CUIL
ESTUDIOS ning. prim. <input type="checkbox"/>	TRABAJA si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>							
sec. univ. <input type="checkbox"/>								
ACTIVIDAD LABORAL (profesión / ocupación)								

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			FIRMA Y ACLARACION							
	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<table border="1"> <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										
DEPARTAMENTO DE LA REPARTICION EN EL CUAL SE PRESTA SERVICIO												
NRO. DE LEGAJO												

INFORMACION: 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.

IMPORTANTE:

- Utilizar tinta negra, según lo establece la Ley de Procedimientos Administrativos.
- 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 por escrito toda modificación de los datos informados.
- La normativa vigente establece el cambio de credencial con cargo para el Afiliado.

OBSERVACIONES		

El Afiliado toma conocimiento de lo vertido en la presente certificación:	FUNCIONARIO ACTUANTE DEL I.S.J.	FECHA DE ACTUALIZACION						
Firma del Titular	Firma y sello	<table border="1"> <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						