



Form.  
PS6.273

**Certificación Complementaria de Servicios y Remuneraciones**  
**Ley 22.929 y Decreto N° 160/2005**  
**Investigadores Científicos y Tecnológicos**

Frente

N° de CUIT

Empleador Certificante		Domicilio		Cód. Postal
Inscripción N° / Cuenta		Teléfono	Fuente Documental de lo que Certifica	
Apellido/s y Nombre/s			N° de CUIL	
Afiliado N°	LE-LC-DNI N°	Cl. N°	Expedida por	

Servicios Prestados										
Carácter de los Servicios (1)	Lugar de Desempeño	Desde			Hasta			Tiempo		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

(1) Actividades técnico científicas de investigación o desarrollo con dedicación exclusiva o completa (Dto. 3245/83).  
 Universidades Nacionales: Actividad docente con dedicación exclusiva, plena o de tiempo completo con tareas técnico científicas de investigación desarrollo y de dirección de las mismas (Dto. 378/85).  
 (2) Detallar al dorso las interrupciones.

Total Nominal			
Total Interrupciones (2)			
Total de Servicios Efectivos			

**Detalle de Ausencias y Licencias sin Goce de Haberes**

Desde			Hasta			Tiempo a Deducir			Desde			Hasta			Tiempo a Deducir			Desde			Hasta			Tiempo a Deducir					
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

(2) Total Interrupciones (Tiempo Total a Deducir)

--	--	--

**Certificación del Cargo Desempeñado al Cese - Art. 5 Ley N° 22.929 (3)**

Escalafón:	
Agrupamiento:	Tramo:
Categoría:	Desempeñada desde el ___/___/___ hasta ___/___/___

- (3) Deberá certificarse la remuneración total, incluyendo compensaciones y suplementos, excepto el sueldo anual complementario, sujeta al pago con aportes por el desempeño del cargo ocupado al momento del cese definitivo en el servicio, siempre que el mismo se hubiera desempeñado durante un período mínimo de 24 meses consecutivos. Si no alcanzase dicho mínimo, se certificará la remuneración actualizada del cargo desempeñado inmediato anterior en que se acreditare el aludido mínimo.
- (4) Si se trata de una sola solicitud de suplemento por parte de un beneficiario, la remuneración a certificar será la del mes de marzo /95 si el cese se hubiera producido con anterioridad o la fecha de cese definitivo si el mismo se hubiera producido con posterioridad.

**Remuneración Mensual Vigente del Cargo Certificado a \_\_\_\_\_ . (4)**

Sueldo Básico	\$ _____
Dedicación Funcional o Similares	\$ _____
Gastos de Representación	\$ _____
Bonificación por Antigüedad	\$ _____ por _____ años
Bonificación por Título	\$ _____ nivel _____
Otros (detallar)	\$ _____
	\$ _____
	\$ _____
<b>Total</b>	<b>\$ _____</b>

**Domicilio de Radicación de la Fuente Documental:**

Observaciones: _____
----------------------

El presente formulario reviste carácter de declaración jurada, debiendo ser cumplimentado sin omitir ni falsear ningún dato, sujetando a los infractores a las penalidades previstas en los artículos 172, 275 y 292 del Código Penal para los delitos de estafa y falsificación de documentos.

**Firma del Empleador o Autorizado**

Apellido/s y Nombre/s	Tipo y N° de Documento	Prov Emis	_____
			Lugar y Fecha
			Firma del Empleador o Autorizado

**Certificación de Firma del Empleador o Autorizado**

Certifico que los datos personales del Empleador o Autorizado consignado en el presente formulario fue puesta ante mí y la firma estampada fue colocada en mi presencia:

_____	_____
Lugar y Fecha	Firma y Sello Aclaratorio de la Autoridad Certificante

