GOBIERNO DE SANTA FE
MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL
CAJA DE JUBILACIONES Y PENSIONES

F: D–05

Rev. 1 – FEB/2009

Licencia sin Goce de Sueldo
Página Nº ..... al ...../ ...../ .....

Apellido/s y Nombre/s:.....
Fecha de nacimiento: .....

IMPORTANTE: La presentación de este formulario ante la Caja implica la conformidad del solicitante con todos los datos y cifras consignados en el mismo y exime al organismo previsional de toda obligación derivada de error u omisión por el empleador.

A – DEL ORGANISMO EMISOR

Ministerio o Municipalidad, Comuna u Organismo Adherido .....

.....

B – DEL SOLICITANTE DEL BENEFICIO / CAUSANTE (según corresponda)

Apellido/s y Nombre/s Completo/s: …….. Documento: ……..

C – DE LAS LICENCIAS Y/O SUSPENSIONES SIN GOCE DE SUELDO

PARA CADA LICENCIA O SUSPENSIÓN SIN GOCE DE SUELDO

Desde			Hasta			Cargo	Repartición	Observaciones

D – APORTE ADICIONAL POR COMPUTO PRIVILEGIADO / DIFERENCIADO

ALTA	BAJA	PORCENTAJE	OBSERVACIONES

E - OTROS

Servicios con aportes a otros organismos provisionales presentados a los fines de las LICENCIAS: …… años …… meses.
Organismo: ……

Aclaraciones y observaciones:

Se adjuntan a la presente ..... Fojas de Servicios, ... Fojas de Montos y ..... Fojas de Servicios y Montos.

Lugar y Fecha

Firma de Autoridad Competente

GOBIERNO DE SANTA FE
MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL
CAJA DE JUBILACIONES Y PENSIONES

F: D–05 – Foja de Servicios

Rev. 1 – FEB/2009

Apellido/s y Nombre/s:..... Página Nº ..... al ...../...../.....

IMPORTANTE: La presentación de este formulario ante la Caja implica la conformidad del solicitante con todos los datos y cifras consignados en el mismo y exime al organismo previsional de toda obligación derivada de error u omisión por el empleador.

F – DEL DETALLE DE LOS SERVICIOS

ALTA			BAJA			REPARTICIÓN	CARGO	FUNCIÓN	OBSERVACIONES (Activ con Cómp. Privilegiado o Diferenciado, etc.)	APORTES	
D	M	A	D	M	A					SI	NO

Lugar y fecha

Firma y sello del responsable

GOBIERNO DE SANTA FE
MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL
CAJA DE JUBILACIONES Y PENSIONES

F: D–05 - Foja de Montos

Rev. 1 – FEB/2009

Página Nº ..... al ...../...../.....

Apellido/s y Nombre/s:

IMPORTANTE: La presentación de este formulario ante la Caja implica la conformidad del solicitante con todos los datos y cifras consignados en el mismo y exime al organismo previsional de toda obligación derivada de error u omisión por el empleador.

ADICIONALES PERCIBIDOS

(Detallar solamente los adicionales que no son propios de la categoría de revista o función desempeñada)

ALTA			BAJA			DENOMINACIÓN	MONTO O PORCENTUAL
D	M	A	D	M	A		

Lugar y fecha

Firma y sello del responsable