



CERTIFICADO DE TRABAJO

Nombre(s) y Apellido(s):

Documento N°:

Edad:

Dirección:

Celular:

Profesión:

Vinculo: Permanente Contratado Comisionado

Antigüedad como personal permanente (P.P.):

Categoría Presupuestaria: Salario:

Cargo Actual:

Función que cumple:

Antigüedad en la función: (día) / (mes) / (año)/...../.....

Rubro:

Objeto de Gasto:

Carga horaria Mensual:

Dependencia (Región Sanitaria, Hosp.Espec, Programa, etc.):

Lugar de Servicio :

Realizado por: _____

Aprobado por: _____

Jefe de Recursos Humanos

Director/a del Servicio

Firma y sello: _____

Firma y sello: _____

OBSERVACIÓN: Lo declarado es bajo fé de juramento.