



LUGAR: FECHA: / /

EL FUNCIONARIO ACTUANTE CERTIFICA LA SUPERVIVENCIA DE

DATOS PERSONALES

APELLIDO/S Y NOMBRE/S:

..... GÉNERO: MASCULINO / FEMENINO / NO BINARIO

TIPO Y NRO. DOCUMENTO: CUIL/CUIT:

NACIONALIDAD: FECHA DE NACIMIENTO: / /

ESTADO CIVIL: SOLTERO / CASADO / DIVORCIADO / VIUDO / UNIDO DE HECHO / SEP. DE HECHO / UNIÓN CONV.

DESDE CUANDO:

CON DISCAPACIDAD SI / NO VENCIMIENTO CUD:

ACTIVO SI / NO MONOTRIBUTO / AUTÓNOMO / RELAC. DEPEND.

OCUPACIÓN: LUGAR DE TRABAJO:

DOMICILIO

CALLE:

NÚMERO: BARRIO:

EDIFICIO: PISO: DEPARTAMENTO:

LOCALIDAD: CÓDIGO POSTAL:

PAÍS: PROVINCIA/REGIÓN:

TELÉFONO/CELULAR: E-MAIL:

DOMICILIO CONSTITUIDO:

GRUPO FAMILIAR

CONYUGE / CONVIVIENTE

APELLIDO/S Y NOMBRE/S:

GÉNERO: MASCULINO / FEMENINO / NO BINARIO FECHA DE NACIMIENTO: / /

TIPO Y NRO. DE DOCUMENTO: CUIL/CUIT:

OCUPACIÓN: LUGAR DE TRABAJO:

PERCIBE SALARIO SI / NO PERSONA CON DISCAPACIDAD SI / NO

HIJOS

HIJOS MENORES SI / NO CANTIDAD:

APELLIDO/S Y NOMBRE/S: CON DISCAPACIDAD SI / NO

ESTUDIA SI / NO NIVEL: PERCIBE SALARIO SI / NO

APELLIDO/S Y NOMBRE/S: CON DISCAPACIDAD SI / NO

ESTUDIA SI / NO NIVEL: PERCIBE SALARIO SI / NO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO ACTUANTE

FIRMA DEL PRESENTANTE



APELLIDO/S Y NOMBRE/S: CON DISCAPACIDAD SI / NO
 ESTUDIA SI / NO NIVEL: PERCIBE SALARIO SI / NO
 APELLIDO/S Y NOMBRE/S: CON DISCAPACIDAD SI / NO
 ESTUDIA SI / NO NIVEL: PERCIBE SALARIO SI / NO

HIJOS MAYORES SI / NO CANTIDAD:

APELLIDO/S Y NOMBRE/S: CON DISCAPACIDAD SI / NO
 ESTUDIA SI / NO NIVEL: PERCIBE SALARIO SI / NO
 APELLIDO/S Y NOMBRE/S: CON DISCAPACIDAD SI / NO
 ESTUDIA SI / NO NIVEL: PERCIBE SALARIO SI / NO
 APELLIDO/S Y NOMBRE/S: CON DISCAPACIDAD SI / NO
 ESTUDIA SI / NO NIVEL: PERCIBE SALARIO SI / NO
 APELLIDO/S Y NOMBRE/S: CON DISCAPACIDAD SI / NO
 ESTUDIA SI / NO NIVEL: PERCIBE SALARIO SI / NO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO ACTUANTE

FIRMA DEL PRESENTANTE



LUGAR: FECHA: / /

REPRESENTANTE / PRINCIPAL APOYO

DATOS PERSONALES

APELLIDO/S Y NOMBRE/S:
 GÉNERO: MASCULINO / FEMENINO / NO BINARIO
 TIPO Y NRO. DOCUMENTO: CUIL/CUIT:
 NACIONALIDAD: FECHA DE NACIMIENTO: / /

DOMICILIO

CALLE:
 NÚMERO: BARRIO:
 EDIFICIO: PISO: DEPARTAMENTO:
 LOCALIDAD: CÓDIGO POSTAL:
 PAÍS: PROVINCIA/REGIÓN:
 TELÉFONO/CELULAR: E-MAIL:
 DOMICILIO CONSTITUIDO:

NOMBRE DEL FUNCIONARIO ACTUANTE

FIRMA DEL PRESENTANTE

CONSTANCIA PARA EL BENEFICIARIO

SE DEJA CONSTANCIA QUE, LEGAJO N°:.....
HA CUMPLIMENTADO LA CERTIFICACIÓN DE SUPERVIVENCIA DEL AÑO 2023 EN
TIEMPO Y FORMA ANTE LA CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE LA PROVINCIA DE
SANTA CRUZ.

FECHA: / /

LUGAR:

EMITIDO POR:



FIRMA DEL FUNCIONARIO AUTORIZADO



CONSTANCIA PARA EL BENEFICIARIO

SE DEJA CONSTANCIA QUE, LEGAJO N°:.....
HA CUMPLIMENTADO LA CERTIFICACIÓN DE SUPERVIVENCIA DEL AÑO 2023 EN
TIEMPO Y FORMA ANTE LA CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE LA PROVINCIA DE
SANTA CRUZ.

FECHA: / /

LUGAR:

EMITIDO POR:



FIRMA DEL FUNCIONARIO AUTORIZADO



CONSTANCIA PARA EL BENEFICIARIO

SE DEJA CONSTANCIA QUE, LEGAJO N°:.....
HA CUMPLIMENTADO LA CERTIFICACIÓN DE SUPERVIVENCIA DEL AÑO 2023 EN
TIEMPO Y FORMA ANTE LA CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE LA PROVINCIA DE
SANTA CRUZ.

FECHA: / /

LUGAR:

EMITIDO POR:



FIRMA DEL FUNCIONARIO AUTORIZADO