



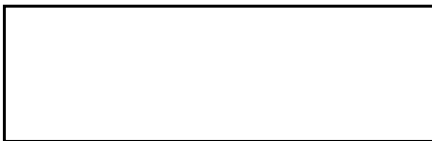
Por la presente certifico que \_\_\_\_\_

DNI/LE/LC N° \_\_\_\_\_ CUIL N° \_\_\_\_\_ que se

desempeñó en \_\_\_\_\_

CUIT N° \_\_\_\_\_ aportaba al momento del cese de servicios a la

Obra Social \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración del Empleador o Representante Legal