

**CONTROL DE FIRMA Y SUPERVIVENCIA**

ULTIMO DÍA HABIL  
DICIEMBRE DE 2016

Beneficio: \_\_\_\_\_

Originante: \_\_\_\_\_

Beneficiario: \_\_\_\_\_

La Autoridad que suscribe certifica que la firma que figura al pie, fue puesta en su presencia por:

\_\_\_\_\_

Constatándose que el documento LE - LC - DNI - CI N° \_\_\_\_\_ le pertenece.

**Lugar y fecha:** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 2016

**Beneficiario:** \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL BENEFICIARIO

AUTORIDAD CERTIFICANTE  
(Autoridad Policial, Juez de Paz, Escribano, personal de la Caja de Previsión Profesional)

Certificación

Me notifico que el último día hábil de Noviembre de 2017 vence la presentación del próximo "Certificado de Supervivencia". Su falta de presentación interrumpirá el pago del beneficio a partir del período Enero 2018.

*Se recuerda al afiliado que los datos que aquí se consignan tienen carácter de declaración jurada y se debe informar a la entidad cualquier modificación que se hiciera de los mismos.*