

ANSES

PS.6.1

AFECTACION DE HABERES

N° de CUIL

EMPLEADOR CERTIFICANTE

APELLIDO Y NOMBRE/S O RAZON SOCIAL _____

DOMICILIO _____

NUMERO _____

PISO _____

DPTO. _____

LOCALIDAD Y PROVINCIA _____

COD.POSTAL _____

N° C.U.I.T. _____

ACTIVIDAD _____

TEL.: _____

DATOS DEL AFILIADO

APELLIDO Y NOMBRE COMPLETOS _____

TIPO Y N° DE DOCUMENTO _____ N° _____

CARGO QUE DESEMPEÑABA EN EL MOMENTO DE DEJAR EL SERVICIO: _____

EXTINCION DEL CONTRATO DE TRABAJO O RELACION DE EMPLEO PUBLICOSi Fecha 00 \ 00 \ 00 No **DETALLE DE LOS CREDITOS PENDIENTES CON AFECTACION DE BIENES**

FECHA DE AFECTACION			CREDITO N°	CREDITO ORDINARIO O EXTRAORD.	AMORTIZACION MENSUAL	IMPORTE DEL CREDITO	SE EFECTUAN DESC. POR PLANILLA (SI-NO)
DIA	MES	AÑO					

CREDITO N° _____ FALTA _____ CUOTAS DE \$ _____ Y UNA FINAL DE \$ _____
 CREDITO N° _____ FALTA _____ CUOTAS DE \$ _____ Y UNA FINAL DE \$ _____
 CREDITO N° _____ FALTA _____ CUOTAS DE \$ _____ Y UNA FINAL DE \$ _____
 CREDITO N° _____ FALTA _____ CUOTAS DE \$ _____ Y UNA FINAL DE \$ _____
 CREDITO N° _____ FALTA _____ CUOTAS DE \$ _____ Y UNA FINAL DE \$ _____

IMPORTANTE: INDICAR ULTIMO MES DESCONTADO**DETALLE DE LAS CUOTAS ABONADAS Y A ABONAR POR ANTICIPO DE HABER JUBILATORIO.- LEY N° 17.423 O SIMILARES-**

SE ABONARON _____ CUOTAS DE \$ _____ CADA UNA A PARTIR DE _____

RESTAN _____ CUOTAS DE \$ _____ CADA UNA.

LA ULTIMA CUOTA DE \$ _____ SE ABONARA EL MES DE _____ DE 19 _____

INFORMACION SOBRE SEGURO DE VIDA

LEY N° 13.003

BASICO _____ ADICIONAL _____

DEL SUELDO ANUAL COMPLEMENTARIO SE LE HAN DESCONTADO LAS PRIMAS CORRESPONDIENTES HASTA EL AÑO _____

LEY N° 19.299

BASICO _____ ADICIONAL _____

SE DESCONTARON LAS PRIMAS CORRESPONDIENTES HASTA EL AÑO _____

RENUNCIA A CONTINUAR ASEGURADO: (Decreto Reglamentario N° 4578/71 - Art.50)

POR NOTA DE FECHA _____ PRESENTADA POR EL INTERESADO EN ESTA REPARTICION MANIFIESTA SU DESEO DE NO CONTINUAR INCORPORADO AL SEGURO.

ART. 50 DTO. 4578/71: "EL PERSONAL QUEDEJE DE PERTENECER A LA ADMINISTRACION POR JUBILACION - RETIRO, O CUALQUIER OTRO MOTIVO) CONTINUARA INCORPORADO AL SEGURO, SALVO MANIFESTACION EN CONTRARIO POR ESCRITO

ESPACIO RESERVADO PARA EFECTUAR LAS ACLARACIONES QUE SE ESTIMEN NECESARIAS CON RELACION A LOS CUADRO 1,2,3,4 Y 5.

<p>APELLIDO Y NOMBRE/S DEL EMPLEADOR O AUTORIZADO _____</p> <p>TIPO Y N° DE DOCUMENTO: _____ N° _____</p> <p>_____ LUGAR Y FECHA _____</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> <p>FIRMA DEL EMPLEADOR O AUTORIZADO</p>
--	---

CERTIFICACION DE LA IDENTIDAD Y DOCUMENTO DEL EMPLEADOR O AUTORIZADO

<p>CERTIFICO QUE LA FIRMA QUE ANTECEDE FUE PUESTA ANTE MI Y CORRESPONDE A:</p> <p>_____</p> <p>QUIEN ACREDITA SU IDENTIDAD CON: _____ N° _____</p> <p>EXPEDIDA POR: _____</p> <p>_____ LUGAR Y FECHA _____</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> <p>FIRMA Y SELLO ACLARATORIO DE LA AUTORIDAD CERTIFICANTE</p>
--	---

(1) INDICAR INSTITUCION Y MONTO O PORCENTAJE MENSUAL

(2) SE DEJA CONSTANCIA QU EL RUBRO "IMPUESTO A LAS GANANCIAS" DEBE SER COMPLETADO POR EL EMPLEADOR CUANDO EL CESE DE ACTIVIDADES FUERE DISTINTO AL

31 DE DICIEMBRE, CONSIGNANDOSE LAS REMUNERACIONES DEL ULTIMO MES EN QUE HUBIERE PRESTADO SERVICIOS.

IMPORTANTE:

LA CERTIFICACION DE LA IDENTIDAD Y DOCUMENTO DEL EMPLEADOR O PERSONA AUTORIZADA DEBERA REALIZARLA **AUTORIDAD BANCARIA, PREVISIONAL, JUDICIAL O NOTARIAL.**