

Frente (1) Indicar Institución y monto o porcentaje mensual
(2) Se deja constancia que el rubro "Impuesto a las Ganancias" debe ser completado por el empleador cuando el cese de actividades fuere distinto al 31 de Diciembre, consignándose las remuneraciones del último mes en que se hubiere prestado servicios.

 CUIL
20-23129594-2
Datos del Empleador Certificante

CUADRO 1

Apellido/s y Nombre/s o Razón Social JUAREZ HERME OSCAR ORLANDO					
Domicilio HUGO PARENTE		Número 1025	Piso	Depto.	Cod.Postal 2200
Localidad San Lorenzo	Prov. Sta Fe	Teléfono		CUIT 24-06177559-1	
Actividad Invernada de ganado bovino					

Datos del afiliado

CUADRO 2

Apellido/s y Nombre/s GARAY RODOLFO RICARDO		Tipo y N° de Documento DU 23.129.594	P.Ems. S F E
Cargo que desempeñaba en el momento de dejar el servicio CAPATAZ	Extinción del contrato de trabajo o relación del empleo público <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Fecha Extinción Contrato 20/02/2023

Detalle de los créditos pendientes con afectación de bienes

CUADRO 3

Fecha de Afectación	Crédito N°	Acreedor	Cred.Ordinario o Extraord.	Amortización Mensual	Importe del Crédito	Se efectúan desc. por plan (Si/No)
Importante: indicar último mes descontado						

Detalle de las cuotas abonadas y a abonar por anticipo de haberes jubilatorios - Ley N° 17.423 o similares

CUADRO 4

Se abonaron _____ cuotas de \$ _____ cada una a partir de _____
_____ restan _____ cuotas de \$ _____ cada una
La última de \$ _____ se abonará el mes de _____ de 20____

Form.

PS6.1 (Dorso)

Información sobre Seguro de Vida

CUADRO 5	Ley Nº 13.003	Básico _____	Adicional _____
	del Sueldo Anual Complementario se le han descontado las Primas correspondientes hasta el año _____		
	Ley Nº 19.299	Básico _____	Adicional _____
	del Sueldo Anual Complementario se le han descontado las Primas correspondientes hasta el año _____		
Renuncia a continuar asegurado: (Decreto Reglamentario Nº 4578/71 - Art.50)			
Por nota de fecha ____/____/____ presentado por el interesado en esta Repartición manifiesta su deseo de No continuar incorporado al Seguro.			
Art. 50 Dto. 4578/71: "El personal que deje de pertenecer a la Administración por jubilación - Retiro o cualquier otro motivo continuará incorporado al Seguro, salvo manifestación en contrario por escrito"			

Espacio reservado para efectuar las aclaraciones que se estimen necesarias con relación a los cuadros 1, 2, 3, 4 y 5

Datos del Empleador o Autorizado

Apellido/s y Nombre/s		JUAREZ HERME OSCAR ORLANDO	
Tipo y Nº de Documento	Prov.Emis.	SAN LORENZO, 27/03/2023	_____
DU	6.177.559	S F E	Lugar y Fecha Firma del Empleador o Autorizado

Certificación de la identidad y documento del empleador o autorizado

Certifico que la firma que antecede fue puesta ante mi y corresponde a: _____	
quien acredita su identidad con tipo y Nº de documento _____ expedida por: _____	
_____ Lugar y Fecha	_____ Firma y Sello Aclaratorio de la Autoridad Certificante

Importante:

La certificación de la identidad y documento de empleador o persona autorizada deberá realizarla **Previsional, Judicial o Notarial.**

Autoridad Bancaria