



Afectación de Haberes

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

20-37970447-7

Datos del Empleador Certificante

Apellido/s y Nombre/s o Razón Social LOGISTICA Y MINERIA S.A.					
Domicilio DR. RENE FAVALORO		Número 2636	Piso	Depto. -----	Cod.Postal 2134
Localidad Roldán-Santa Fe	Prov.	Teléfono		CUIT 30-71573326-5	
Actividad TRANSPORTE AUTOMOTOR DE CARGA.					

Datos del afiliado

Apellido/s y Nombre/s SARAVIA EZEQUIEL NICOLAS		Tipo y N° de Documento DU 37.970.447		P.Ems. S F E
Cargo que desempeñaba en el momento de dejar el servicio CONDUCTOR 1° (CONV. 40/89)	Extinción del contrato de trabajo o relación del empleo público <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Fecha Extinción Contrato 08/02/2023	

Detalle de los créditos pendientes con afectación de bienes

Fecha de Afectación	Crédito N°	Acreeedor	Cred.Ordinario o Extraord.	Amortización Mensual	Importe del Crédito	Se efectúan desc. por plan (Si/No)

Crédito N° _____ faltan _____ cuotas de \$ _____ y una final de \$ _____

Crédito N° _____ faltan _____ cuotas de \$ _____ y una final de \$ _____

Crédito N° _____ faltan _____ cuotas de \$ _____ y una final de \$ _____

Crédito N° _____ faltan _____ cuotas de \$ _____ y una final de \$ _____

Crédito N° _____ faltan _____ cuotas de \$ _____ y una final de \$ _____

Importante: indicar último mes descontado

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

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

Ley N° 13.003	Básico _____	Adicional _____
del Sueldo Anual Complementario se le han descontado las Primas correspondientes hasta el año _____		
Ley N° 19.299	Básico _____	Adicional _____
del Sueldo Anual Complementario se le han descontado las Primas correspondientes hasta el año _____		
Renuncia a continuar asegurado: (Decreto Reglamentario N° 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		Firma del Empleador o Autorizado	
PEIRANO, EZEQUIEL ADRIAN		_____	
Tipo y N° de Documento	Prov.Emis.	ROLDAN, 07/03/2023	Firma del Empleador o Autorizado
DU 38.900.505	S F E	Lugar y Fecha	

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 N° 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