



## 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

**20-24049508-3**

### Datos del Empleador Certificante

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

### Datos del afiliado

Apellido/s y Nombre/s <b>MORETA EDUARDO NICOLAS</b>		Tipo y N° de Documento <b>DU</b> <b>24.049.508</b>	P.Ems. <b>S F E</b>
Cargo que desempeñaba en el momento de dejar el servicio <b>CONDUCTOR 1° (CONV. 40/89)</b>	Extinción del contrato de trabajo o relación del empleo público <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Fecha Extinción Contrato <b>27/02/2023</b>	

### 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**

<b>Ley N° 13.003</b>	Básico _____	Adicional _____
del Sueldo Anual Complementario se le han descontado las Primas correspondientes hasta el año _____		
<b>Ley N° 19.299</b>	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 <b>PEIRANO, EZEQUIEL ADRIAN</b>	
Tipo y N° de Documento <b>DU   38.900.505</b>	Prov.Emis. <b>S F E</b>
Lugar y Fecha <b>ROLDAN, 23/03/2023</b>	
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 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**