



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
27-39662863-0

Datos del Empleador Certificante

Apellido/s y Nombre/s o Razón Social PARIS SERVICIOS GERIATRICOS S.A.					
Domicilio SAAVEDRA		Número 524	Piso	Depto. -----	Cod.Postal 2000
Localidad Rosario- Santa Fe	Prov.	Teléfono		CUIT 30-71659352-1	
Actividad Servicios de atención a ancianos con alojamiento					

Datos del afiliado

Apellido/s y Nombre/s SOSA, NEREA DANIELA		Tipo y N° de Documento DU 39.662.863	P.Ems. S F E
Cargo que desempeñaba en el momento de dejar el servicio MUCAMA	Extinción del contrato de trabajo o relación del empleo público <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Fecha Extinción Contrato 04/05/2023

Detalle de los créditos pendientes con afectación de bienes

Fecha de Afectación	Crédito N°	Acreedor	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

RICCIARDI, LEONARDO

Tipo y N° de Documento

DU 30.685.125

Prov.Emis.

S F E

Rosario, 16/05/2023

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 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