



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

27-16627580-1

Datos del Empleador Certificante

Apellido/s y Nombre/s o Razón Social WORMS ARGENTINA S.A					
Domicilio PROF. NUCCI		Número	Piso	Depto.	Cod.Postal 2128
Localidad Arroyo Seco-Santa Fe		Prov.	Teléfono		CUIT 30-71201396-2
Actividad RECUPERACION DE MATERIALES Y DESECHOS NO METALICOS					

Datos del afiliado

Apellido/s y Nombre/s PAJON PATRICIA MARIA DEL ROSARIO		Tipo y N° de Documento DU 16.627.580		P.Ems. S F E
Cargo que desempeñaba en el momento de dejar el servicio ADMINISTRATIVO A		Extinción del contrato de trabajo o relación del empleo público SI X NO		Fecha Extinción Contrato 30/08/2023

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 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 CAMPOS ALVES EZEQUIEL	
Tipo y Nº de Documento DU 32.952.742	Prov.Emis. ARROYO SECO, 29/09/2023 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 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 **Autoridad Bancaria Previsional, Judicial o Notarial.**