



## 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

**23-24886875-9**

### Datos del Empleador Certificante

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

### Datos del afiliado

Apellido/s y Nombre/s <b>RAVAINERA MARTIN OSVALDO</b>		Tipo y N° de Documento <b>DU 24.886.875</b>		P.Ems. <b>S F E</b>
Cargo que desempeñaba en el momento de dejar el servicio <b>AUXILIAR A</b>	Extinción del contrato de trabajo o relación del empleo público SI X NO			Fecha Extinción Contrato <b>09/08/2023</b>

### 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 <b>CAMPOS ALVES EZEQUIEL</b>	
Tipo y Nº de Documento <b>DU 32.952.742</b>	Prov.Emis. <b>ARROYO SECO, 08/09/2023</b> 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**