

ANSES

PS.6.1

AFECTACION DE HABERES

N° de CUIL

EMPLEADOR CERTIFICANTE

APELLIDO Y NOMBRE/S O RAZON SOCIAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

DOMICILIO

CALLE 7

NUMERO

776

PISO

--

DPTO.

--

LOCALIDAD Y PROVINCIA

LA PLATA - BUENOS AIRES

COD.POSTAL

N° C.U.I.T.

ACTIVIDAD

EDUCATIVA

TEL.:

423-6786**DATOS DEL AFILIADO**

APELLIDO Y NOMBRE COMPLETOS: _____

TIPO Y N° DE DOCUMENTO: _____ N° _____

CARGO QUE DESEMPEÑABA EN EL MOMENTO DE DEJAR EL SERVICIO: _____

EXTINCION DEL CONTRATO DE TRABAJO O RELACION DE EMPLEO PUBLICOSi Fecha _____ No **DETALLE DE LOS CREDITOS PENDIENTES CON AFECTACION DE BIENES**

FECHA DE AFECTACION			CREDITO N°	CREDITO ORDINARIO O EXTRAORD.	AMORTIZACION MENSUAL	IMPORTE DEL CREDITO	SE EFECTUAN DESC. POR PLANILLA (SI-NO)
DIA	MES	AÑO					

CREDITO N° _____ FALTA _____ CUOTAS DE \$ _____ Y UNA FINAL DE \$ _____
CREDITO N° _____ FALTA _____ CUOTAS DE \$ _____ Y UNA FINAL DE \$ _____
CREDITO N° _____ FALTA _____ CUOTAS DE \$ _____ Y UNA FINAL DE \$ _____
CREDITO N° _____ FALTA _____ CUOTAS DE \$ _____ Y UNA FINAL DE \$ _____
CREDITO N° _____ FALTA _____ CUOTAS DE \$ _____ Y UNA FINAL DE \$ _____

IMPORTANTE: INDICAR ULTIMO MES DESCONTADO**DETALLE DE LAS CUOTAS ABONADAS Y A ABONAR POR ANTICIPO DE HABER JUBILATORIO.- LEY N° 17.423 O SIMILARES-**

SE ABONARON _____ CUOTAS DE \$ _____ CADA UNA A PARTIR DE _____

RESTAN _____ CUOTAS DE \$ _____ CADA UNA.

LA ULTIMA CUOTA DE \$ _____ SE ABONARA EL MES DE _____ DE 19 _____

INFORMACION SOBRE SEGURO DE VIDA

CUADRO 5

LEY Nº 13.003
 BASICO _____ ADICIONAL _____
 DEL SUELDO ANUAL COMPLEMENTARIO SE LE HAN DESCONTADO LAS PRIMAS CORRESPONDIENTES HASTA EL AÑO _____

LEY Nº 19.299
 BASICO _____ ADICIONAL _____
 SE DESCONTARON LAS PRIMAS CORRESPONDIENTES HASTA EL AÑO _____

RENUNCIA A CONTINUAR ASEGURADO: (Decreto Reglamentario Nº 4578/71 - Art.50)

POR NOTA DE FECHA _____ PRESENTADA POR EL INTERESADO EN ESTA REPARTICION MANIFIESTA SU DESEO DE NO CONTINUAR INCORPORADO AL SEGURO.

ART. 50 DTO. 4578/71: "EL PERSONAL QUEDEJE DE PERTENECER A LA ADMINISTRACION POR **JUBILACION - RETIRO, O CUALQUIER OTRO MOTIVO**) CONTINUARA INCORPORADO AL SEGURO, SALVO MANIFESTACION EN CONTRARIO POR ESCRITO

CUADRO 6

ESPACIO RESERVADO PARA EFECTUAR LAS ACLARACIONES QUE SE ESTIMEN NECESARIAS CON RELACION A LOS CUADRO 1,2,3,4 Y 5.

CUADRO 7

APELLIDO Y NOMBRE/S DEL EMPLEADOR O AUTORIZADO _____ . TIPO Y Nº DE DOCUMENTO: _____ Nº _____ . _____ LUGAR Y FECHA	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> <p>FIRMA DEL EMPLEADOR O AUTORIZADO</p>
---	---

CERTIFICACION DE LA IDENTIDAD Y DOCUMENTO DEL EMPLEADOR O AUTORIZADO

CERTIFICO QUE LA FIRMA QUE ANTECEDE FUE PUESTA ANTE MI Y CORRESPONDE A: . _____ QUIEN ACREDITA SUIDENTIDAD CON: _____ Nº _____ EXPEDIDA POR: _____ . _____ LUGAR Y FECHA	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> <p>FIRMA Y SELLO ACLARATORIO DE LA AUTORIDAD CERTIFICANTE</p>
--	---

(1) INDICAR INSTITUCION Y MONTO O PORCENTAJE MENSUAL
 (2) SE DEJA CONSTANCIA QU EL RUBRO "IMPUESTO A LAS GANANCIAS" DEBE SER COMPLETADO POR EL EMPLEADOR CUANDO EL CESE DE ACTIVIDADES FUERE DISTINTO AL 31 DE DICIEMBRE, CONSIGNANDOSE LAS REMUNERACIONES DEL ULTIMO MES EN QUE HUBIERE PRESTADO SERVICIOS.

IMPORTANTE: LA CERTIFICACION DE LA IDENTIDAD Y DOCUMENTO DEL EMPLEADOR O PERSONA AUTORIZADA DEBERA REALIZARLA **AUTORIDAD BANCARIA, PREVISIONAL, JUDICIAL O NOTARIAL.**