ANSES

Form. PS.6.1

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

Cuadro 1

Datos del Empleador Certificante

Apellido/s y Nombre/s o Razón social				
Domicilio - Calle o Paraje Rural	Número	Piso	Dpto.	Cód. Postal
Localidad	Prov.	Teléfono	CUIT	
Actividad				

Cuadro 2

Datos del afiliado

Apellido/s y Nombre/s	Tipo y Nº de Documento	Prov. Emis.
Cargo que desempeñaba en el momento de dejar el servicio	Extinción del contrato de trabajo o relación de empleo público ☐ Sí ☐ No	Fecha Extinción Contrato

Cuadro 3

Detalle de los créditos pendientes con afectación de bienes

Fecha de Afectación	Crédito Nº	Acreedor	Créd. Ordinario o Extraord.	Amortización Mensual	Importe del Crédito	Se efectúan desc. por plan (Sí/No)

Crédito Nº _____ faltan _____ cuotas de $ _____ y una final de $ _____

Crédito Nº _____ faltan _____ cuotas de $ _____ y una final de $ _____

Crédito Nº _____ faltan _____ cuotas de $ _____ y una final de $ _____

Crédito Nº _____ faltan _____ cuotas de $ _____ y una final de $ _____

Crédito Nº _____ faltan _____ cuotas de $ _____ y una final de $ _____

Importante: Indicar último mes descontado.

Cuadro 4

Detalle de las cuotas abonadas y a abonar por anticipo de haberes jubilatorios - Ley Nº 17.423 o similares

Se abonaron _____ cuotas de $ _____ cada una a partir de _____
_____ restan _____ cuotas de $ _____ cada una.

La última cuota de $ _____ se abonará el mes de _____ de 19 ____.

Ministerio de Trabajo,
Empleo y Seguridad Social

Form.
PS6.1(Dorso)

Información sobre Seguro de Vida

Cuadro 5

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 Nº 4578/71 - Art. 50)

Por Nota de Fecha: ____ / ____ / ____ presentada 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 formulada por escrito".

Espacio reservado para efectuar las aclaraciones que se estimen necesarias con relación a los cuadros 1, 2, 3, 4 y 5

Cuadro 6

Datos del Empleador o Autorizado

Cuadro 7

Apellido/s y Nombre/s

Tipo y Nº de Documento | Prov.Emis.

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 mí** y corresponde a: _____,

quién 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 del empleador o persona autorizada deberá realizarla **Autoridad Bancaria, Previsional, Judicial o Notarial.**