



República Argentina  
PROVINCIA DEL CHUBUT

Instituto de Seguridad Social y Seguros

## CESACION DE SERVICIOS DEL PERSONAL COMPRENDIDO EN EL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL Y SEGUROS

CUADRO 3

Repartición Certificante.....  
Ministerio .....

CUADRO 2

Apellido y Nombres completos del afiliado .....  
..... DNI-LE-LC-CI N° ..... Afiliado N° .....  
Cargo que desempeñaba en el momento de dejar el servicio .....  
Fecha desde que se desempeña en el mismo .....  
Causa de la cesación .....  
Fecha de cesación ..... / ..... / ..... Renuncia, Cesantía, Exoneración, Jubilación de Oficio, etc.  
DIA MES AÑO  
Percibió haberes hasta ..... / ..... / ..... (1)  
DIA MES AÑO  
.....  
LUGAR DIA MES AÑO  
.....  
Firma Jefe Inmediato  
V° B°  
.....  
Firma Jefe Superior Sello Aclaratorio  
.....  
Sello Aclaratorio  
(1) En caso de no coincidir la última percepción de haberes con la fecha en que dejó el servicio deberá indicarse si obedece a licencia.

CUADRO 1

| DETALLE DE LOS CREDITOS PENDIENTES CON AFECTACION DE HABERES                                               |     |     |            |          |                                     |                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|------------|----------|-------------------------------------|----------------------|
| Caja de Ahorro S. A. (Entiéndase por afectación todo préstamo certificado. Descuéntese o no por planilla). |     |     |            |          |                                     |                      |
| Fecha de Afectación                                                                                        |     |     | Crédito N° | Acreedor | Crédito Ordinario o Extra-ordinario | Amortización mensual |
| Día                                                                                                        | Mes | Año |            |          |                                     |                      |
|                                                                                                            |     |     |            |          |                                     |                      |
|                                                                                                            |     |     |            |          |                                     |                      |
|                                                                                                            |     |     |            |          |                                     |                      |
|                                                                                                            |     |     |            |          |                                     |                      |
|                                                                                                            |     |     |            |          |                                     |                      |

<sup>1</sup> Cuotas Faltantes:  
Crédito N° ..... faltan ..... cuotas de ..... y una final de .....  
Crédito N° ..... faltan ..... cuotas de ..... y una final de .....

**Importante:** Indicar último mes descontado.

.....  
DIA MES AÑO

.....  
Firma Autorizada

.....  
Sello Aclaratorio

IMPORTANTE: el presente formulario deberá ser llenado en debida forma y firmados los cuadros 2, 3 y 4 por autoridad competente Las enmendaduras serán salvadas.