

CERTIFICADO DE CESACION DE SERVICIOS D.F.L. N° 150

AGENCIA

FECHA RECEPCION

INFORME DEL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZON SOCIAL EMPLEADOR			FONO	R.U.T.	CLAVE EMPLEADOR
R.U.T. DEL TRABAJADOR		CEDULA DE IDENTIDAD Y GABINETE		APELLIDOS PATERNO Y MATERNO	
FECHA DE NACIMIENTO DIA MES AÑO		A.F.P. o CAJA DE PREVISION		ACTIVIDAD ECONOMICA	ASIG. FAM. AUTORIZADAS
FECHA DE CONTRATACION DIA MES AÑO		FECHA DE CESACION DIA MES AÑO		CAUSAL LEGAL	

SUBS. INCAPACIDAD LABORAL ULTIMOS 6 MESES	
FECHA DESDE Ej: dd/mm/aaaa	FECHA HASTA Ej: dd/mm/aaaa

NOMBRE Y FIRMA REPRESENTANTE LEGAL

FECHA: _____
NOTA: ESTA SOLICITUD DEBERA SER FIRMADA SOLO POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA QUE HUBIERE ACREDITADO SU FIRMA ANTE ESTA CAJA DE COMPENSACION

USO INTERNO

RESOLUCION

La presente Solicitud ha sido **APROBADA** con fecha _____ de acuerdo a los siguientes antecedentes:
RECHAZADA

TOTAL DIAS DEVENGADOS	MONTO DIARIO	ULTIMA INSTITUCION PAGADORA
	\$	

a) SUBSIDIOS DE CESANTIA ANTERIORES

FECHA DESDE	FECHA HASTA

N° DIAS SUBSIDIO	FECHA DERECHO	CARGAS FAMILIARES AUTORIZADAS			
		SIMP.	MAT.	INV.	TOTAL

OBSERVACIONES

b) SUBSIDIOS ACTUAL

SUBSIDIO MENSUAL
\$
SUBSIDIO DIARIO
\$

FUNCION	FECHA PRIMER PAGO (FMP)	FECHA SOLICITUD	FECHA CESANTIA	

c) RETENCIONES

VALOR % SUBS.	N° A FAM.	CAUSANTES	R.U.T. O C.I. BENEFICIARIO	NOMBRE

ANALISTA	CODIFICADO POR	AUTORIZADO POR