

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	APELLIDO 1	APELLIDO 2	NOMBRES	
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			
	\$				
N° DIAS SUBSIDIO	FECHA DERECHO	CARGAS FAMILIARES AUTORIZADAS			
		SIMP.	MAT.	INV.	TOTAL

a) SUBSIDIOS DE CESANTIA  
ANTERIORES

FECHA DESDE	FECHA HASTA

b) SUBSIDIOS ACTUAL

SUBSIDIO MENSUAL
\$
SUBSIDIO DIARIO
\$

OBSERVACIONES

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