



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 | | |
| DIA | MES | AÑO | A.F.P. o CAJA DE PREVISION | | ACTIVIDAD ECONOMICA | ASIG. FAM. AUTORIZADAS | |
| FECHA DE CONTRATACION | FECHA DE CESACION | CAUSAL LEGAL | | | | | |
| DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO | | |

**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**

La presente Solicitud ha sido

APROBADA
RECHAZADA**RESOLUCION**

con fecha _____ de acuerdo a los siguientes antecedentes:

| TOTAL DIAS DEVENGADOS | MONTO DIARIO | ULTIMA INSTITUCION PAGADORA |
|-----------------------|--------------|-----------------------------|
| | \$ | |

| Nº 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. | Nº A FAM. | CAUSANTES | R.U.T. O C.I. BENEFICIARIO | NOMBRE |
|---------------|-----------|-----------|----------------------------|--------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| ANALISTA | CODIFICADO POR | AUTORIZADO POR |
|----------|----------------|----------------|
| | | |