

**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
	\$	

**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