



# CPSPS

Caja de Previsión Social para Profesionales  
de la Salud de la Provincia de Córdoba

27 de Abril 772 – 5000 Córdoba  
Teléfono: 0351 4106000 / Fax: 0351 4106039  
Correo electrónico: info@cpsps.org.ar  
[www.cpsps.org.ar](http://www.cpsps.org.ar)

CORDOBA, \_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_ -

SEÑOR PRESIDENTE DE LA  
CAJA DE PREVISION SOCIAL  
PARA PROFESIONALES DE LA  
SALUD DE LA PROVINCIA DE CBA  
FARM. CARLOS LUNA  
S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D

De mi consideración:

Me dirijo a Usted a los fines de solicitarle una  
Certificación de los Aportes efectuados en esta Caja de Previsión Social.-  
Motiva el presente pedido \_\_\_\_\_

---

Sin otro particular, le saludo atentamente.-

FIRMA: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

T.E.: \_\_\_\_\_ CEL.: \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

AFILIADO/A N° \_\_\_\_\_

- ENVIAR POR CORREO  
 RETIRA EL AFILIADO (COMUNICAR EL TEL. \_\_\_\_\_)

**NOTA:** EN EL CASO QUE EL/LA PROFESIONAL NO PRESENTE ESTE PEDIDO DE CERTIFICACION DE APORTES EN FORMA PERSONAL, DEBERA HACER CERTIFICAR SU FIRMA POR AUTORIDAD POLICIAL, JUDICIAL O ESCRIBANO PUBLICO.-