



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

SOLICITUD DE JUBILACIÓN ORDINARIA ART. 4º LEY 8577

Afiliado/a N°

DATOS PERSONALES:

Apellido:

Nombres:

Estado Civil:

T/N Documento Nro.:

Fecha de Nacimiento:

Profesión:

DOMICILIO PARTICULAR:

Calle:

Número:

Barrio:

Localidad:

Código Postal:

Teléfono fijo:

Celular:

Correo electrónico:

DATOS FAMILIARES:

Apellido y Nombre del Cónyuge o Conviviente:

Fecha de Casamiento D.N.I.:

o inicio de convivencia:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Nombres de los hijos/as menores de edad o
mayores incapacitados:

Fecha de Nacimiento:

A Cargo: Inválido:

Nombres de los hijos/as menores de edad o mayores incapacitados:	Fecha de Nacimiento:	A Cargo:	Inválido:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Otros familiares:

Fecha de Nacimiento: A Cargo: Inválido:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

FIRMA DEL AFILIADO

CERTIFICO QUE LA FIRMA QUE ANTECEDE ES AUTENTICA:

Fecha cierta de presentación

FIRMA Y SELLO



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

CÓRDOBA,

NOTIFICACIONES JUBILACIÓN ART. 40 LEY 8577

→ ME NOTIFICO QUE LA PRESENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN PARA LA SOLICITUD DE UN BENEFICIO **NO IMPLICA EN MODO ALGUNO LA SEGURIDAD DE QUE ESE BENEFICIO SEA OTORGADO** SINO QUE SE INICIA EL TRAMITE CORRESPONDIENTE AL ESTUDIO DEL LEGAJO PARA LA VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE TODAS LAS CONDICIONES QUE DEBE ACREDITAR EL AFILIADO CONFORME A LA REGLAMENTACIÓN APLICABLE A FIN DE RESOLVER EL PEDIDO PRESENTADO SEGÚN CORRESPONDA OTORGAR O NO EL BENEFICIO SOLICITADO.

→ ME NOTIFICO QUE UNA VEZ OTORGADO EL BENEFICIO DE LA JUBILACIÓN ORDINARIA COMO LO DISPONE LA LEY 8577 EN SU ART. 40, NO PODRE ACCEDER AL BENEFICIO DE SUBSIDIO POR ENFERMEDAD.

→ ME NOTIFICO QUE PARA TENER DERECHO A GOZAR DEL BENEFICIO DE JUBILACIÓN ORDINARIA DEBERÉ ESTAR AL DÍA EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRAÍDAS POR CUALQUIER TITULO PARA CON LA CAJA CONFORME A LO DISPUESTO POR EL ART. 79 DE LA LEY 8577. ASIMISMO EN EL CASO DE SER TITULAR DE UN CRÉDITO YA OTORGADO, CON DEUDA POR CUOTAS EN MORA Y SOLICITAR EL BENEFICIO DE JUBILACIÓN ORDINARIA, DEBO REGULARIZAR EL PAGO DE LAS CUOTAS HASTA LA ULTIMA VENCIDA O EN SU DEFECTO SE DISPONDRÁ EL INICIO DE JUICIO POR PARTE DE ESTA CAJA PREVIO AL OTORGAMIENTO DE DICHO BENEFICIO.

→ ME NOTIFICO QUE EL HABER DE LA JUBILACIÓN ORDINARIA SE PAGA A PARTIR DE LA FECHA EN QUE LA CAJA DICTE LA RESOLUCIÓN DE OTORGAMIENTO O DESDE LA FECHA DE CANCELACION DE MATRICULA, LA QUE SEA POSTERIOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO POR EL ART. 49 DE LA LEY 8577.

LA CANCELACION DE LA MATRICULA PROFESIONAL ES INDISPENSABLE PARA EL COBRO DEL HABER DE LA JUBILACIÓN Y SE DEBEN ABONAR LOS APORTES A ESTA CAJA HASTA LA FECHA DE CANCELACION DE MATRICULA PROFESIONAL.

UNA VEZ INICIADO EL TRAMITE JUBILATORIO EN LA CAJA Y CUMPLIDAS LAS CONDICIONES DE EDAD Y APORTES EXIGIDOS POR LA LEY 8577 PARA LA JUBILACIÓN SOLICITADA, LA FECHA DE CANCELACION DE LA MATRICULA PROFESIONAL ES DE **LIBRE ELECCIÓN Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL.**

LEÍDO POR EL SOLICITANTE FIRMA IMPUESTO DEL CONTENIDO DE LAS NOTIFICACIONES PRECEDENTES:

.....
FIRMA

.....
ACLARACIÓN

.....
T/Nº DOCUMENTO



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

DECLARACIÓN JURADA DE TÍTULO PROFESIONAL

CORDOBA, _____ de _____ de _____

DE ACUERDO A LOS SIGUIENTE/S TÍTULO/S PROFESIONAL/ES DE LOS
COMPENDIDOS EN LA LEY NUMERO 8577 A SABER: Médico, Bioquímico,
Farmacéutico, Odontólogo, Médico Veterinario, Obstetra, Licenciado en
Psicología, Kinesiólogo, Fisioterapeuta, Licenciado en Kinesiología y
Fisioterapia.-

DECLARO BAJO JURAMENTO POSEER SOLAMENTE EL/LOS TITULO/S
PROFESIONAL/ES

SIGUIENTE/S: _____

Asimismo me notifico de la obligación de comunicar a la Caja de Profesionales
de la Salud de la Provincia de Córdoba, todos los cambios de estado de mi
Matrícula Profesional y del Domicilio, dentro de los (30) TREINTA Días
posteriores

FIRMA: _____

ACLARACIÓN: _____

N° de DOCUMENTO: _____

