



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 POR INVALIDEZ

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
o inicio de convivencia:

D.N.I.:

<input type="text"/>	<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:

<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"/>
<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"/>	<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

CERTIFICADO MÉDICO

El médico que suscribe (Apellido y Nombre)

M.P. N°:....., especialista en.....M.E.N°.....,

con domicilio enTeléfono N°:.....

CERTIFICA haber examinado al Sr./ Sra.....

de.....años de edad, Fecha de Nacimiento:....., D.N.I. N°:....., de

profesión....., Especialidad.....con domicilio en

calle....., N°, Localidad.....,

Provincia....., C.P. Quien padece de.....

.....

.....

.....

.....

.....

Institución donde fue asistido/a.....

Bajo Historia Clínica N°a partir de fecha.....

Exámenes complementarios en que fundamenta el Diagnóstico:

.....

.....

.....

.....

Pronóstico.....

Tratamientos aconsejados.....

Tiempo de recuperación laboral estimada.....

Porcentaje de incapacidad laboral actual Física/ Psíquica (Números:% Letras:%). -

Calificación de la Incapacidad: - TRANSITORIA: SI/NO - PERMANENTE: SI/NO – DEFINITIVA: SI/NO

Desde que fecha considera el inicio de la enfermedad incapacitante.....

Observaciones: (Breve fundamento de lo certificado)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Para ser presentado ante las autoridades de la Caja de Previsión Social para Profesionales de la Salud de la Provincia de Córdoba. -

.....
Lugar y Fecha

.....
Firma

Deberá ser llenado de puño y letra por el Profesional Médico de cabecera, con letra clara sin enmiendas, evitando siglas y/o códigos y a título de declaración jurada



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 DE JUBILACIÓN POR INVALIDEZ

→ 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 PARA TENER DERECHO A GOZAR DEL BENEFICIO DE JUBILACIÓN POR INVALIDEZ 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.

→ ME NOTIFICO QUE UNA VEZ OTORGADA LA JUBILACIÓN POR INVALIDEZ EL HABER DE LA MISMA SE LIQUIDARA A PARTIR DE LA FECHA DE PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD CONFORME A LO DISPUESTO POR EL ART. 49 DE LA LEY 8577.

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: _____



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

**CUENTA DE CAJA DE AHORRO DESIGNADA
PARA LA ACREDITACION DEL BENEFICIO SOLICITADO**

Fecha: ____/____/____

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO/A:

N°. Afiliado : _____

Apellido: _____ Nombres: _____

D.N.I. N°.: _____ C.U.I.T. Nro: _____

Teléfono: _____ Mail: _____

Domicilio: _____

Banco: _____ Sucursal: _____

Nº Cuenta: _____

C.B.U.: (Completar los casilleros con los números correspondientes)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Por la presente solicito que los haberes originados por la liquidación de mi beneficio de _____, sean acreditados en la cuenta antes detallada,

dejando constancia que soy titular y que los gastos que ella genere serán afrontados íntegramente por mí.

DEBE ADJUNTAR AL PRESENTE FORMULARIO CONSTANCIA DE LA ENTIDAD BANCARIA CON LOS DATOS DE LA CUENTA DE CAJA DE AHORRO CONSIGNADA.

Firma Solicitante

Aclaración

CERTIFICO que la firma que antecede fue puesta ante mi presencia:
