



CPSPS

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

📍 27 de Abril 772 - Córdoba
☎ 351 850-1234
✉ info@cpsps.org.ar
🌐 www.cajasalud.com.ar

SOLICITUD DE JUBILACIÓN ORDINARIA ART. 40 LEY 8577

Afiliado/a N°

DATOS PERSONALES:

Apellido:

Nombres:

Estado Civil:

Nro. D.N.I.:

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 Nro.:

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

Fecha de Nacimiento:

A Cargo:

Inválido:

Otros familiares:

Fecha de Nacimiento:

A Cargo:

Inválido:

Me notifico que toda resolución, emplazamiento, intimación o comunicación me será notificada electrónicamente a mi cuenta de usuario CiDi (domicilio administrativo electrónico constituido ante esta Caja) conforme lo dispuesto por Ley 10.618 de Simplificación y Modernización de la Administración, Ley de Procedimiento Administrativo y R.G. N° 582/2024.

Fecha cierta de presentación

FIRMA DEL AFILIADO

CERTIFICO QUE LA FIRMA QUE ANTECEDE ES AUTENTICA:

FIRMA Y SELLO



CPSPS

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

📍 27 de Abril 772 - Córdoba
☎ 351 850-1234
✉ info@cpsps.org.ar
🌐 www.cajasalud.com.ar

DECLARACIÓN JURADA DE TÍTULO PROFESIONAL

CORDOBA, _____ de _____ de _____

DE ACUERDO A LOS SIGUIENTE/S TÍTULO/S PROFESIONAL/ES DE LOS
COMPREDIDOS 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: _____

Nº de DOCUMENTO: _____



CPSPS

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

📍 27 de Abril 772 - Córdoba
☎ 351 850-1234
✉ info@cpsps.org.ar
🌐 www.cajasalud.com.ar

CÓRDOBA,de

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.

♦ ME NOTIFICO QUE TODA RESOLUCIÓN, EMPLAZAMIENTO, INTIMACIÓN O COMUNICACIÓN ME SERÁ NOTIFICADA ELECTRÓNICAMENTE A MI CUENTA DE USUARIO CIDI (DOMICILIO ADMINISTRATIVO ELECTRÓNICO CONSTITUIDO ANTE ESTA CAJA) CONFORME LO DISPUESTO POR LEY 10.618 DE SIMPLIFICACIÓN Y MODERNIZACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN, LEY DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y R.G. N° 582/2024.

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

.....
FIRMA

.....
ACLARACIÓN

.....
T/N° DOCUMENTO