



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 POR INVALIDEZ

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

CERTIFICADO MÉDICO

El médico que suscribe (Apellido y Nombre)

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

con domicilio en Teléfono 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 - 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
COMPRENDIDOS 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: _____



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

Fecha: ____/____/____

Nº. Afiliado : _____

Apellido: _____ Nombres: _____

D.N.I. N°: C.U.I.T. Nro:

Teléfono: _____ Mail: _____

Domicilio:

Barrio: Ciudad:

Banco: _____ Sucursal: _____

Nº Cuenta:

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

[illegible]

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



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 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.
- ♦ 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