CPSPS
Caja de Previsión Social para Profesionales de la Salud de la Provincia de Córdoba
27 de Abril 772 - Córdoba
0351 - 4106000
351-201-2390
info@cpsps.org.ar
www.cajasalud.com.ar

SOLICITUD DE JUBILACIÓN POR CONVENIO NRO. 363/81

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



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:_____

N° de DOCUMENTO:_____

CPSPS
Caja de Previsión Social para Profesionales de la Salud de la Provincia de Córdoba
27 de Abril 772 - Córdoba
0351 - 4106000
351-201-2390
info@cpsps.org.ar
www.cajasalud.com.ar

CÓRDOBA, ….....

NOTIFICACIONES DE JUBILACIÓN POR CONVENIO 363/81:

1. 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.
2. ME NOTIFICO QUE UNA VEZ OTORGADO EL BENEFICIO DE LA JUBILACIÓN ORDINARIA COMO LO DISPONE LA LEY 8577 Y EL CONVENIO APLICABLE, NO PODRE ACCEDER AL BENEFICIO DE SUBSIDIO POR ENFERMEDAD.}
3. 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.
4. ME NOTIFICO QUE EL HABER DE LA JUBILACIÓN ORDINARIA SE PAGA A PARTIR DE LA FECHA EN QUE LA CAJA DICTE LA RESOLUCION 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 LAS CAJAS INTERVINIENTES PARA LA JUBILACIÓN SOLICITADA, LA FECHA DE CANCELACION DE LA MATRICULA PROFESIONAL ES DE **LIBRE ELECCIÓN Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL.**
5. ME NOTIFICO QUE LA OBTENCIÓN DE UN BENEFICIO PREVISIONAL EN ESTA CAJA COMPUTANDO AÑOS DE SERVICIOS RECONOCIDOS POR A.N.S.E.S., o CUALQUIER OTRA CAJA PREVISIONAL PROVINCIAL O MUNICIPAL, PUEDE PRODUCIR LA PERDIDA DE OTRO BENEFICIO YA OTORGADO O LA IMPOSIBILIDAD DE OBTENER UN BENEFICIO NUEVO EN ESAS CAJAS, SIENDO LAS MISMAS QUIENES RESUELVEN.
6. ME NOTIFICO QUE UNA VEZ OTORGADO EL BENEFICIO PROPORCIONAL POR ESTA CAJA DE PROFESIONALES, EN CARÁCTER DE CAJA OTORGANTE, DEBO SOLICITAR EN ANSES UN TURNO PARA LA JUBILACIÓN EN EL SITIO WWW.ANSES.GOV.AR Y CONCURRIR A ESA ADMINISTRADORA EL DÍA DEL TURNO ASIGNADO CON LA RESOLUCION DE ESTA CAJA Y LA DOCUMENTACIÓN INDICADA POR ANSES Y QUE ESE TRÁMITE ES PERSONAL A CARGO DEL PROFESIONAL
7. ME NOTIFICO QUE NO SE HARÁN EFECTIVOS LOS HABERES CORRESPONDIENTES AL BENEFICIO SOLICITADO HAS QUE LA/S CAJA/S PARTICIPANTE/S APRUEBEN EL PORCENTAJE DEL BENEFICIO A SU CARGO.
8. ME NOTIFICO QUE ESTA CAJA DE PREVISION SOCIAL DE PROFESIONALES DE LA SALUD NO SE RESPONSABILIZA POR LOS INCONVENIENTES O DEMORAS QUE PUDIEREN SUCEDERSE EN LAS CAJAS PARTICIPANTES (LAS QUE HAN RECONOCIDO SERVICIOS)
9. 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. Nº 582/2024.

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 - Córdoba
0351 - 4106000
351-201-2390
info@cpsps.org.ar
www.cajasalud.com.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: _____

Barrio: _____ Ciudad: _____

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**