



DOCUMENTACION PARA INICIACION DE TRÁMITES

Afiliado N°

- Documento de identidad del solicitante. (en original y fotocopia de primera y segunda hoja)
- Certificado de Matricula Profesional expedido por la Entidad Deontológico correspondiente en original.
- Acta de Nacimiento en original y legalizada si hubiera sido expedida en otra Provincia o en el Extranjero.
- Título Profesional Legalizado en original o copia certificada.
- Expediente completo de Reconocimiento de Servicios de la/las Cajas Participantes
- Certificado Médico en el formulario que esta Caja expide con todos los rubros que se solicitan en el mismo completos. (Incluidos porcentajes de incapacidad laboral actual y tiempo de recuperación laboral estimada)
- Ultimo Recibo de Sueldo, baja del Monotributo y certificado de trabajo.
- Para el cobro de haberes el afiliado podrá optar por:
- Solicitar apertura de Caja de Ahorro en Banco Córdoba.
 - Solicitar depósito en Caja de Ahorro ya existente en Banco Córdoba indicando Sucursal y N° de Cuenta
 - Solicitar depósito en Caja de Ahorro en cualquier otro Banco presentando Constancia de CBU expedida por el Banco con indicación de Sucursal y N° de Cuenta.

Fecha estimada de iniciación de Trámite

- Jubilación Ordinaria: Art. 40
- Art. 72
- Convenio Ley 6873
- Convenio 363/81
- Jubilación por Invalidez



SOLICITUD DE JUBILACION

TIPO DE BENEFICIO SOLICITADO

Jubilación Ordinaria: Art. 72

Afiliado N°

DATOS PERSONALES

Apellido

Nombres

Estado Civil

T/N Documento

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 A Cargo Inválido
o inicio de convivencia

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

Fecha cierta de presentación

.....
FIRMA DEL AFILIADO
CERTIFICO QUE LA FIRMA QUE ANTECEDE ES AUTENTICA:

.....
FIRMA Y SELLO



CAJA DE PREVISION SOCIAL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD
DE LA PROVINCIA DE CORDOBA,
27 de Abril Nro.772 - CP: 5000 Córdoba - Teléfono 4106000 / Fax: 0351- 4106039 / 50
www.cpsps.org.ar - www.cajasaludcba.org.ar

DECLARACIÓN JURADA DE TITULO PROFESIONAL

CORDOBA, ____ de _____ de _____

**DE ACUERDO A LOS SIGUIENTE/S TITULO/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: _____

ACLARACION: _____

N° de DOCUMENTO: _____



CÓRDOBA,

NOTIFICACIONES DE JUBILACION ART. 72 LEY 8577

- ME NOTIFICO QUE LA PRESENTACION DE LA DOCUMENTACION 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 VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE TODAS LAS CONDICIONES QUE DEBE ACREDITAR EL AFILIADO CONFORME A LA REGLAMENTACION APLICABLE A FIN DE RESOLVER EL PEDIDO PRESENTADO SEGUN CORRESPONDA OTORGAR O NO EL BENEFICIO SOLICITADO.
- ME NOTIFICO QUE UNA VEZ OTORGADO EL BENEFICIO DE LA JUBILACION ORDINARIA COMO LO DISPONE LA LEY 8577 EN SU ART. 72, NO PODRE ACCEDER AL BENEFICIO DE SUBSIDIO POR ENFERMEDAD.
- ME NOTIFICO QUE PARA TENER DERECHO A GOZAR DEL BENEFICIO DE JUBILACION ORDINARIA DEBERE ESTAR AL DIA EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRAIDAS POR CUALQUIER TITULO PARA CON LA CAJA CONFORME A LO DISPUESTO POR EL ART. 79 DE LA LEY 8577.
- ME NOTIFICO QUE HACIENDO USO DE LA OPCION DE JUBILACION DEL ART. 72 DE LA LEY 8577 DEBO CONTINUAR PAGANDO LOS APORTES QUE DISPONE EL ART. 26 DE LA LEY 8577 MIENTRAS CONTINUE EJERCIENDO MI PROFESION Y QUE PIERDO PARA SIEMPRE LA BONIFICACION QUE ME HUBIERA PODIDO CORRESPONDER EN FUNCION DE LO DISPUESTO POR EL ART. 41 DE LA LEY 8577.
- ME NOTIFICO QUE LOS HABERES CORRESPONDIENTES AL BENEFICIO DE JUBILACION SERAN LIQUIDADOS DESDE LA FECHA DE RESOLUCIÓN DE OTORGAMIENTO DEL BENEFICIO DE ACUERDO A LO DISPUESTO POR EL ART. 49 DE LA LEY 8577.

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

.....
FIRMA

.....
ACLARACION

.....
T/Nº DOCUMENTO