

FORMULARIO DE SOLICITUD DIGITAL DE BENEFICIO PREVISIONAL

Fecha / /

Tipo de beneficio solicitado

Jubilación Ordinaria

Jubilación por Edad Avanzada

Jubilación por Incapacidad

Modalidad

Con Cese Definitivo

Con Cierre de Cómputos

Fecha: / /

Datos del solicitante

Apellido/s		Nombre/s	
Fecha de Nacimiento: / /	Documento Único		CUIL
Estado Civil	Correo Personal	Correo Institucional	
Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Teléfono Laboral	
Domicilio			

Banco y Sucursal en la cual solicita percibir los haberes jubilatorios

Banco

Solicita Anticipo Jubilatorio

Sólo en caso de Cese Definitivo

SI

NO

DECLARACIÓN JURADA IMPUESTO A LAS GANANCIAS (opción)

ACEPTO

NO ACEPTO

Informamos que de corresponder el cobro de haberes retroactivos, los mismos podrían estar sujetos a retención del impuesto a las ganancias. En tal caso Usted puede efectuar la opción que establece el Art. 18 de la Ley 20628 (T.O. 1986 y modificatorias) y en caso de ser aplicable, no se efectuará tal retención o la misma se reducirá conforme a la mencionada ley, a partir del mes siguiente al del cobro del retroactivo respectivo. OPCIÓN: Conforme a lo informado precedentemente notifico que en caso de percibir haberes retroactivos, EFECTÚO la opción de imputación prevista en el segundo párrafo del inciso b) del Art. 18 de la Ley de Impuesto a las Ganancias N° 20628 (T.O. 1986 y modificatorias): a condición de que dicha imputación genere saldo de impuesto a favor de este Beneficiario.

CARGO DE MAYOR JEARQUIA (Art. 41 Ley 9650/80)

IMPORTANTE: Se deberá completar un cuadro por cargo, según corresponda.

Denominación del Cargo: _____

Cantidad de Horas Cátedra o Módulos _____ (llenar en caso de ser Profesor)

Establecimiento: _____ Rama: _____

Cantidad de Secciones o Turnos: _____ Categoría: 1ra 2da 3ra

Bonificaciones:

Ruralidad: SI NO Resolución: _____ Desde: ____/____/____ Hasta: ____/____/____

Doble Escolaridad: SI NO Educación carcelaria: SI NO

Jornada Complete: SI NO

Periodo de Desempeño del cargo:

36 meses consecutivos 60 meses alternativos

Desde: ____/____/____ Hasta: ____/____/____

Cargo Simultáneo

Denominación del Cargo: _____

Cantidad de Horas Cátedra o Módulos _____ (llenar en caso de ser Profesor)

Establecimiento: _____ Rama: _____

Cantidad de Secciones o Turnos: _____ Categoría: 1ra 2da 3ra

Bonificaciones:

Ruralidad: SI NO Resolución: _____ Desde: ____/____/____ Hasta: ____/____/____

Doble Escolaridad: SI NO Educación carcelaria: SI NO

Jornada Complete: SI NO

Periodo de Desempeño del cargo:

36 meses consecutivos

Desde: ____/____/____ Hasta: ____/____/____

Servicios Activos

Trabaja en otros servicios distintos a los que trae para obtener el beneficio jubilatorio SI NO

En caso afirmativo: ¿Desde qué fecha? ____/____/____

Trabaja en Relación de Dependencia Trabaja en forma Independiente

* En caso de relación de Dependencia, indicar la actividad que actualmente desempeña o cargo electivo, mencionando repartición y calidad de los servicios (comunes/docentes): _____

SERVICIOS COMPUTABLES A LOS EFECTOS PREVISIONALES (Art. 23 Ley 9650/80)

TIENE SERVICIOS EN OTRAS ENTIDADES PREVISIONALES

IMPORTANTE: Se deberá adjuntar el escaneo completo de los servicios que se declaran

SI NO

SOLICITUD DE INICIO DE TRAMITE PREVISIONAL

IMPORTANTE: Se deberá tildar esta opción solo en los casos donde el tramite previsional pretenda ser iniciado ante otro organismo

Por medio de la presente se informa que el titular solo solicita la carga de la Certificación Digital de Servicios a la plataforma del Sistema de Administración Previsional.

DECLARO BAJO JURAMENTO

Que conozco los términos del Art. 168 de la Ley 24241 y que no poseo otros servicios, además que los certificados en el punto precedente, de afiliación a otros organismos previsionales enmarcados en el Régimen de Reciprocidad Jubilatoria instituido por la Ley 9316.

Que no poseo beneficio ni gestionará trámite jubilatorio ante ninguna de las Cajas adheridas al Sistema de Reciprocidad Jubilatoria. Que no continúo prestando servicios en relación de dependencia que no sean de carácter docente.

Que me comprometo a comunicar expresamente y por escrito a este Instituto de Previsión Social, en el expediente que tramita el beneficio previsional, dentro de los primeros treinta (30) días de reingreso a la actividad.

Que en el caso de omisión de actividades, de la que pudiera resultar la NULIDAD del derecho por el Instituto de Previsión Social de la Provincia, ACEPTO REINTEGRAR, del modo que el Organismo determine, los cargos que resulten por tal consecuencia.

Que, en caso de acogerme al beneficio previsional mediante la modalidad de CIERRE DE COMPUTOS (Art. 72 Ley 9650), acepto: 1) la irrevocabilidad de esta opción; y 2) la de no computar los servicios prestados entre este acogimiento y el cese definitivo de mis servicios 3) El cese definitivo de mis servicios cuando así lo disponga mi empleador.

REMISION AL INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL

Este documento con firma manuscrita del solicitante será escaneado en formato pdf y enviado a la Dirección General de Cultura y Educación para luego formar parte de la documentación necesaria para el inicio del trámite.

Acepto por la presente como medio de notificación fehaciente todas las comunicaciones que se cursen a los correos electrónicos previamente indicados, los cuales poseerán en lo sucesivo y a todos los efectos del presente tramite el carácter de domicilio constituido.

FIRMA DEL SOLICITANTE

Firma: _____

Aclaración: _____

Lugar: _____

Fecha: _____