

SOLICITUD DIGITAL DE BENEFICIO PREVISIONAL

(Para agentes activos de la DGCyE)



Para iniciar mi beneficio:

MÓDULO 1 - DATOS DEL TRÁMITE

- Jubilación Ordinaria
 Jubilación por Edad Avanzada
 Reajuste Jubilatorio (Acrecentamiento)
- Régimen Previsional para Agentes Discapacitados - Ley 10.593
 Régimen Especial Ley 12875 y mod. Ex-Combatientes de Malvinas (Para soldados conscriptos y civiles que participaron del conflicto bélico)
 Régimen Especial Ley 15.386 Veteranos de Guerra (Suboficiales y Oficiales Combatientes de las FFAA y de Seguridad)

MODALIDAD

- Con Cese Definitivo y Anticipo Jubilatorio
 Con Cese Definitivo SIN Anticipo Jubilatorio
 Con Cierre de Cómputos

FECHA DEL CESE O CIERRE DE CÓMPUTOS

(dd/mm/aaaa) __ / __ / ____

Importante: Para **cese definitivo** deberán calcularse 60 días desde la fecha de presentación**DATOS DEL SOLICITANTE**

Apellido y Nombre _____

Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa) __ / __ / ____ DNI / LE / LC N° _____

Domicilio real / Domicilio constituido:

Calle _____ N° _____ Piso _____ Depto _____ Código Postal (_____)

Ciudad de _____ Partido _____

Provincia _____ País _____

Teléfono Fijo (_____) _____ - _____ Teléfono Celular (_____) _____ - _____

Correo electrónico: _____@abc.gob.ar

SUCURSAL BANCO PROVINCIA

en la cual solicita percibir los haberes jubilatorios _____

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 20.628 (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° 20.628 (T.O. 1986 y modificatorias): a condición de que dicha imputación genere saldo de impuesto a favor de este Beneficiario.

MÓDULO 2 - CARGOS SOLICITADOS

MEJORES CARGOS

Se deberán indicar de forma clara los cargos que desea incorporar a su Certificación de Servicios como mejores cargos de acuerdo a lo establecido por el Decreto Ley 9650/80.

Con 36 meses consecutivos

De seleccionar esta opción deberá completar el apartado 2.1

Con 60 meses alternados

De seleccionar esta opción deberá completar de forma obligatoria el ANEXO I (F_CA) - Declaración Jurada de CARGOS ALTERNADOS

Mejor cargo en otro empleador: SI
 NO

EMPLEADOR: _____

Marcar cuando el mejor cargo es de otro empleador distinto a la DGcYE

2.1 CARGO DE MAYOR JERARQUÍA PRINCIPAL CON 36 MESES CONSECUTIVOS

Número/s de Secuencia: _____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____

Denominación del Cargo: _____

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

Establecimiento: _____ Rama: _____

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

Bonificaciones:

Ruralidad: SI NO Grado: _____ Desde (dd/mm/aaaa): __/__/____ Hasta (dd/mm/aaaa): __/__/____

Régimen: JORNADA COMPLETA DOBLE ESCOLARIDAD

Otras Bonificaciones: _____

Periodo de Desempeño del Cargo: Desde (dd/mm/aaaa): __/__/____ Hasta (dd/mm/aaaa): __/__/____

CARGO DE MAYOR JERARQUÍA SIMULTÁNEO AL PRINCIPAL CON 36 MESES CONSECUTIVOS

Se considera cargo simultáneo al principal aquel desempeñado durante al menos 36 meses consecutivos con el cargo detallado como cargo principal

Número/s de Secuencia: _____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____

Denominación del Cargo: _____

Cantidad de Horas Cátedra o Modulos (solo en caso de ser Profesor): _____

Establecimiento: _____ Rama: _____

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

Bonificaciones:

Ruralidad: SI NO Grado: _____ Desde (dd/mm/aaaa): __/__/____ Hasta (dd/mm/aaaa): __/__/____

Régimen: JORNADA COMPLETA DOBLE ESCOLARIDAD

Otras Bonificaciones: _____

Periodo de Desempeño del Cargo: Desde (dd/mm/aaaa): __/__/____ Hasta (dd/mm/aaaa): __/__/____

MÓDULO 3 - OTROS SERVICIOS PRESENTADOS

SERVICIOS COMPUTABLES A LOS EFECTOS PREVISIONALES

Declarar otros servicios que desee se computen: SI NO

Con aportes al IPS:

EMPLEADOR: _____

Modalidad: CESE CIERRE DE CÓMPUTOS

Fecha del Cese o Cierre de cómputos (dd/mm/aaaa) __ / __ / ____

Importante: Deberá incorporar la certificación de servicios escaneada. De ser una Certificación Digital (Colegios Privados, Municipios), la misma deberá encontrarse firmada y subida a plataforma SAP.

Con APORTES a OTRAS CAJAS:

ANSES CAJAS PROVINCIALES CAJAS PROFESIONALES

Importante: En estos casos deberá agregar el Reconocimiento de Servicios escaneado. (El escaneo del mismo debe ser completo).

DECLARACIÓN CONTINUIDAD LABORAL

Continúa trabajando en servicios en relación de dependencia (no declarados anteriormente):

NO

SI:

EMPLEADOR: _____

TIPO DE ACTIVIDAD: COMUNES DOCENTES

MÓDULO 4 - REPRESENTANTE LEGAL (Tildar lo que corresponda)

Gestor/a matriculado

Abogado/a con matrícula y con registro en ANSES y/o IPS

Procurador/a

Apoderado/a (cónyuge o familiar hasta 4to grado de consanguinidad)

Apellido y Nombre _____

N° de Matrícula _____ Teléfono de Contacto (_____) _____ - _____

Poder general conforme ley rubricado y sellado (Adjuntar copia)

Documentación respaldatoria (Adjuntar copia incluyendo bono ley e ius previsional)

MÓDULO 5 - SOLICITUD DE INICIO DE TRÁMITE PREVISIONAL

Al completar el siguiente formulario, acepto que el inicio del trámite previsional corresponderá a la Dirección General de Cultura y Educación.

Importante: De poseer certificaciones de carácter digital obtenidas mediante la aplicación del Decreto 241/18, las mismas deberán encontrarse firmadas y cargadas en la plataforma SAP al momento del inicio del presente trámite.

DECLARO BAJO JURAMENTO

Que conozco los términos del Art. 168 de la Ley 24.241 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 9.316.

Que no poseo beneficio ante ninguna de las Cajas adheridas al Sistema de Reciprocidad Jubilatoria. Para el caso que el trámite solicitado corresponda a un Reajuste (acrecentamiento), el presente quedará sin efecto.

Que no gestionará trámite jubilatorio ante ninguna de las Cajas adheridas al Sistema de Reciprocidad Jubilatorio. Que no continúa 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 9.650), acepto:

- 1) la irrevocabilidad de esta opción;
- 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.

REMISIÓN AL INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL

Este documento con firma manuscrita del solicitante deberá ser escaneado e incorporado en formato .pdf en la sección “Documentación Respaldata” bajo la categoría “Formulario de Inicio”.

Se deja constancia en la presente que, el Correo Oficial ABC denunciado por el solicitante, en el apartado “Datos Personales del Solicitante”, es el medio por el cual se realizarán todas las notificaciones tendientes al inicio, requerimiento, aceptación y rechazo de la solicitud del trámite. En conformidad con lo dispuesto por la Ley 15.230 y Decreto Reglamentario 428/2021.

FIRMA DEL SOLICITANTE _____

ACLARACIÓN _____

LUGAR Y FECHA _____

Importante: La omisión o falsedad en la presente Declaración Jurada será pasible de la Pena establecida en el artículo 293 del Código Penal Artículo 293º: “Será reprimido con reclusión o prisión de uno a seis años el que inserte o hiciera insertar en un documento público declaraciones falsas, concernientes a un hecho que en el documento deba probar, de modo que pueda resultar perjuicio.”