



TITULO :	Código: E-186 Revisión: 8 Confección: G.M. Vigencia: 22/07/16 Página: 1 de 2
SOLICITUD DE REAJUSTE	

SOLICITUD N° FECHA: de de

REAJUSTE SOLICITADO:	JUBILACIÓN <input type="checkbox"/>	PENSIÓN <input type="checkbox"/>
-----------------------------	--	---

(Marcar con una X lo que corresponda)

EXPEDIENTE ORIGINAL N°

Deberá ser llenado en todos los casos por el SOLICITANTE

DATOS DEL BENEFICIARIO

1	Apellido/s		Nombres		CUIL	FECHA CESE REAJUSTE	
	Fecha de Nacimiento		DNI <input type="checkbox"/>	Doc Extr <input type="checkbox"/>	Mail (*)	Teléfono Fijo	Teléfono Celular
	Tipo de Beneficio		N° de Beneficio		En caso de pensión: N° de Beneficio del Causante		
	Domicilio real						Localidad
	Código Postal	Partido		Provincia		País	
	Domicilio constituido (Ley de Procedimiento Administrativo Dto-Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26 y 27) (*)					Localidad	Código Postal

(*) Datos obligatorios, además de los habituales, sin los cuales no se podrá continuar la carga posterior, es decir que es imprescindible se coloque un mail (aunque sea alternativo) y un domicilio constituido en Pcia. de Bs. As.

Llenar con los datos del APODERADO para tramitar, sólo en caso de corresponder

DATOS DEL APODERADO

2	Relación: <input type="checkbox"/> Abogado <input type="checkbox"/> Agrega IUS <input type="checkbox"/> Delegado <input type="checkbox"/> Gestor <input type="checkbox"/> Fliar hasta 4° de Consanguinidad <input type="checkbox"/>						
	Apellido/s		Nombres		CUIL/CUIT		
	DNI <input type="checkbox"/>		Doc Extr <input type="checkbox"/>	Mail (*)	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	
	Domicilio constituido (Ley de Procedimiento Administrativo Dto-Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26 y 27) (*)					Localidad	Código Postal

IMPORTANTE: La omisión o falsedad en las presentes Declaraciones Juradas será pasible de la pena establecida en el Art. 293 del Código Penal.

Artículo 293: " Será reprimido con reclusión o prisión de uno a seis años al que insertare o hiciere insertar en un instrumento público declaraciones falsas, concerniente a un hecho que el documento deba probar, de modo que pueda resultar perjuicio".

Revisión N°	Fecha	Motivos del Cambio
8	22/07/16	♦ Se modificó logo y se actualizó formulario

Deberá ser aceptado o no y llenado por el BENEFICIARIO

3	Declaración Jurada Impuesto a las Ganancias (Opción)	Acepto	No Acepto	
	<p>IMPUESTO A LAS GANANCIAS: 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.</p> <p>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 Nº 20628 (T.O. 1986 y modificatorias): a condición de que dicha imputación genere saldo de impuesto a favor de este Beneficiario.</p>			

Deberá ser llenado por el BENEFICIARIO/APODERADO

4	Firma del BENEFICIARIO/APODERADO
	<p>Firma: Aclaración: Lugar y Fecha:</p>

Espacio para ser llenado exclusivamente por Funcionario del IPS

5	CERTIFICACIÓN DE IDENTIDAD Y FIRMA POR AUTORIDAD COMPETENTE (**)			
	<p>Certifico que los datos consignados en los recuadros 1, 2 y 4 son copia fiel del / los obrante/s en el / los documento/s de identidad que en cada caso se indica que tuve a la vista y que la firma en el recuadro 4 fueron colocada en mi presencia.</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">Lugar y Fecha Sello del área Firma Aclaración y Cargo</p> <p>(**) Únicamente podrán certificar Agentes del IPS destinados a tal efecto, Juez de Paz, Autoridad Consular competente, Escribano con registro, Autoridades Nacionales, Provinciales y Municipales, Autoridades Gremiales y Directores de Hospitales y Clínicas Nacionales, Provinciales y Municipales o Privadas (debidamente certificadas por el Ministerio de Salud) en los casos de internados en establecimientos bajo su Dirección.</p>			

“TODOS NUESTROS TRÁMITES SON GRATUITOS”