



<b>TÍTULO :</b>  <b>SOLICITUD DE JUBILACIÓN ORDINARIA, INVALIDEZ, EDAD AVANZADA (Decreto-Ley N° 9650/80)</b>	<b>Código:</b> E-136 <b>Revisión:</b> 18 <b>Confección:</b> G.M. <b>Vigencia:</b> 01/02/17 <b>Página:</b> 1 de 4
--	--

SOLICITUD N°  FECHA:  de  de

<b>BENEFICIO SOLICITADO:</b>	<b>JUBILACIÓN</b>	<input type="checkbox"/> Ordinaria	<input type="checkbox"/> Invalidez	<input type="checkbox"/> Edad Avanzada
------------------------------	-------------------	------------------------------------	------------------------------------	--

<b>MODALIDAD:</b>	<input type="checkbox"/> Con Cese Definitivo	<input type="checkbox"/> Cierre de Cómputos
-------------------	--	---

(Marcar con una X lo que corresponda)

*Deberá ser llenado en todos los casos por el SOLICITANTE*

**DATOS DEL SOLICITANTE**

<b>Apellido/s</b>	<b>Nombres</b>			<b>CUIL</b>	<b>FECHA ÚLTIMO CESE</b>	
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>DNI</b> <input type="checkbox"/>	<b>Doc Extr</b> <input type="checkbox"/>	<b>Mail</b>	<b>Teléfono Fijo</b>	<b>Teléfono Celular</b>	
<b>Domicilio real</b>					<b>Localidad</b>	
<b>Código Postal</b>	<b>Partido</b>		<b>Provincia</b>		<b>País</b>	
<b>1</b>	<b>Domicilio constituido (Ley de Procedimiento Administrativo Dto-Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26 y 27)</b>			<b>Localidad</b>	<b>Código Postal</b>	
<b>Estado Civil</b> (Indicarlo con una X donde corresponda)	<input type="checkbox"/> Soltero/a	<input type="checkbox"/> Separado/a de hecho		<b>Desde ...../...../..... Autoridad ante quien formuló la demanda</b> .....		
	<input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> Separado/a legalmente o Divorciado/a		<b>Desde ...../...../..... Acción Judicial iniciada ante Juzgado</b> N°..... Secretaría .....		
	<input type="checkbox"/> Viudo/a					
	<input type="checkbox"/> Conviviente					
<input type="checkbox"/> Capacidad Restringida	<input type="checkbox"/> Sistema de Apoyo	<input type="checkbox"/> Necesita Curador.	En éstos últimos casos deberá completar el cuadro N° 9			

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

**DATOS DEL APODERADO**

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

**"TODOS NUESTROS TRÁMITES SON GRATUITOS"**

Revisión N°	Fecha	Motivos del Cambio
18	01/02/17	Se eliminaron cuadros referentes a solicitud de Asignación Familiar (Se solicita con formulario E-109)

*Deberá ser llenado en todos los casos por el SOLICITANTE*

FAMILIARES CON POSIBLE DERECHO A PENSIÓN								
3	Apellido/s y Nombres completos	Incapacitado SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Otro Beneficio SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Parentesco	CUIL	Fecha de Nacim		
						Día	Mes	Año
		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					

*Deberá ser llenado en todos los casos por el SOLICITANTE*

4 OBSERVACIONES:  
.....

PERCIBIRÁ EN EL BANCO: .....SUCURSAL: .....

**IMPORTANTE:** En caso de solicitar percibir en el exterior del país, deberá tener presente el requisito de acreditación de supervivencia comunicado en nuestra WEB institucional.

*Deberá ser aceptado o no y llenado por el SOLICITANTE*

5 **Declaración Jurada Impuesto a las Ganancias (Opción)** Acepto  No Acepto

**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.

**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.

*Deberá ser llenado por el SOLICITANTE*

6 **Declaración Jurada - No tiene otra actividad, No posee otro beneficio, Percibe o No Anticipo Jubilatorio**

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): .....

A su vez, quien suscribe declara BAJO JURAMENTO:

1º.- Que se compromete 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.

2º.- Que **no posee beneficio ni gestionará trámite jubilatorio** ante ninguna de las Cajas adheridas al sistema de reciprocidad por Decreto - Ley 9.316/46.

3º.- Que en el marco de la ley 12.950 y modif. PERCIBE  NO PERCIBE  Anticipo Jubilatorio otorgado por el empleador  
(En caso afirmativo, indicar empleador): .....

*Deberá ser llenado por el SOLICITANTE según corresponda*

**Declaración Jurada Servicios con Aportes en otras Cajas (Que no sea IPS)**

Por la presente DECLARO BAJO JURAMENTO conocer los términos del Art. 168 de la Ley 24.241 y que los servicios detallados a continuación fueron todos los desempeñados por mí con aportes en los distintos Regímenes de Previsión, en Organismos Nacionales, Provinciales, Municipales, Cajas de Profesionales, de las Fuerzas Armadas, Policiales o Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones Públicas o Privadas.

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.

**SERVICIOS DESEMPEÑADOS EN OTRAS ENTIDADES PREVISIONALES**

N° Expediente	Caja	Empleador	Tarea/Cargo	Código	Desde	Hasta

**Observaciones:** .....

*Deberá ser llenado de manera OPCIONAL por el SOLICITANTE, completando todos los datos requeridos:*

**Solicita Cargo de Mayor Jerarquía, trabajado durante 36 meses consecutivos / 60 alternados**

Denominación del Cargo: .....

Periodo en que trabajó: .....

ORGANISMO / ENTE / REPARTICIÓN: .....

ACOMPaña Documentación: SÍ  NO

*Deberá ser llenado por el CURADOR o APOYO en los casos que corresponda*

**Sistema de Apoyo / Curatela**

Datos de la Causa:

Carátula	Juzgado de Radicación	Localidad

Datos del Curador / Apoyo

Apellido/s	Nombres	CUIL

DECLARO BAJO JURAMENTO "que la curatela / apoyo continúa vigente en todos sus efectos" y agrega:

**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".

*Deberá ser llenado por el SOLICITANTE*

<b>10</b>	<b>Firma del SOLICITANTE</b>
	<p>Firma: ..... Aclaración: ..... Lugar y Fecha: .....</p>

*Espacio para ser llenado exclusivamente por Funcionario del IPS*

<b>11</b>	<b>CERTIFICACIÓN DE IDENTIDAD Y FIRMA POR AUTORIDAD COMPETENTE (**)</b>							
	<p>Certifico que los datos consignados en los recuadros 1, 2 y 10 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 10 fueron colocada en mi presencia.</p>							
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; border-top: 1px dotted black; border-bottom: 1px solid black;">.....</td> <td style="width: 25%; border-top: 1px dotted black; border-bottom: 1px solid black;">.....</td> <td style="width: 25%; border-top: 1px dotted black; border-bottom: 1px solid black;">.....</td> <td style="width: 25%; border-top: 1px dotted black; border-bottom: 1px solid black;">.....</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Lugar y Fecha</td> <td style="text-align: center;">Sello del área</td> <td style="text-align: center;">Firma</td> <td style="text-align: center;">Aclaración y Cargo</td> </tr> </table> <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>	.....	.....	.....	.....	Lugar y Fecha	Sello del área	Firma
.....	.....	.....	.....					
Lugar y Fecha	Sello del área	Firma	Aclaración y Cargo					

**“TODOS NUESTROS TRÁMITES SON GRATUITOS”**