



# CPSPS

Caja de Previsión Social para Profesionales  
de la Salud de la Provincia de Córdoba

27 de Abril 772 – 5000 Córdoba  
Teléfono: 0351 4106000 / Fax: 0351 4106039  
Correo electrónico : info@cpsps.org.ar  
[www.cpsps.org.ar](http://www.cpsps.org.ar)

## SOLICITUD DE JUBILACION

### TIPO DE BENEFICIO SOLICITADO

Jubilación Ordinaria: Art. 40

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  
o inicio de convivencia

Nombres de los hijos/as menores de edad o  
mayores incapacitados


Fecha de Nacimiento


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



**CPSPS**

Caja de Previsión Social para Profesionales  
de la Salud de la Provincia de Córdoba

27 de Abril 772 – 5000 Córdoba  
Teléfono: 0351 4106000 / Fax: 0351 4106039  
Correo electrónico : info@cspss.org.ar  
[www.cspss.org.ar](http://www.cspss.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: \_\_\_\_\_**

**Nº de DOCUMENTO: \_\_\_\_\_**



**CPSPS**

Caja de Previsión Social para Profesionales  
de la Salud de la Provincia de Córdoba

27 de Abril 772 – 5000 Córdoba  
Teléfono: 0351 4106000 / Fax: 0351 4106039  
Correo electrónico : info@cpsps.org.ar  
[www.cpsps.org.ar](http://www.cpsps.org.ar)

CÓRDOBA, .....

## NOTIFICACIONES JUBILACION ART. 40 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. 40, 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 EL HABER DE LA JUBILACION ORDINARIA SE PAGA A PARTIR DE LA FECHA EN QUE LA CAJA DICTE LA RESOLUCION DE OTORGAMIENTO O DESDE LA FECHA DE CANCELACION DE MATRICULA, LA QUE SEA POSTERIOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO POR EL ART. 49 DE LA LEY 8577.

LA CANCELACION DE LA MATRICULA PROFESIONAL SERA INDISPENSABLE PARA EL COBRO DEL HABER DE LA JUBILACION Y SE DEBEN ABONAR LOS APORTES A ESTA CAJA HASTA LA FECHA DE CANCELACION DE MATRICULA PROFESIONAL.

UNA VEZ INICIADO EL TRAMITE JUBILATORIO EN LA CAJA Y CUMPLIDAS LAS CONDICIONES DE EDAD Y APORTES EXIGIDOS POR LA LEY 8577 PARA LA JUBILACION SOLICITADA, LA FECHA DE CANCELACION DE LA MATRICULA PROFESIONAL ES DE **LIBRE ELECCION Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL**.

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

.....  
FIRMA

.....  
ACLARACION

.....  
T/Nº DOCUMENTO



# CPSPS

Caja de Previsión Social para Profesionales  
de la Salud de la Provincia de Córdoba

27 de Abril 772 – 5000 Córdoba  
Teléfono: 0351 4106000 / Fax: 0351 4106039  
Correo electrónico : info@cpsps.org.ar  
[www.cpsps.org.ar](http://www.cpsps.org.ar)

## APERTURA DE CAJA DE AHORRO EN BANCO DE CORDOBA.-

Nº DE AFILIADO: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.-

TIPO DE BENEFICIO: \_\_\_\_\_

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Tipo y Numero de Documento: \_\_\_\_\_

Sucursal del Banco de Córdoba en la que deseo se me acrediten mis haberes: \_\_\_\_\_

**Señor beneficiario: una vez obtenido el número de la caja de ahorro donde serán depositados sus haberes, Ud. deberá concurrir a la sucursal bancaria que eligió, munido de la siguiente documentación:**

- Fotocopia de primera y segunda página del DNI.
- Fotocopia de un impuesto o servicio donde conste su domicilio actual o declaración jurada ante autoridad policial.
- Constancia de CUIT o CUIL.

**Me notifico de los tramites que debo realizar ante el Banco de Córdoba para habilitar la caja de ahorro para el cobro de mi beneficio.**

-----  
Firma del beneficiario

-----  
Aclaración

**Certifico que la firma que antecede fue puesta ante mi presencia:**

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello

