

TITULO : <p style="text-align: center;"><u>SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS</u></p>	Código: E-137 Revisión: 12 Confeccionó: G.M. Vigencia: 11/07/16 Página: 1 de 2
--	---

SOLICITUD N° **FECHA:** de de

Retira de IPS en mano El trámite finalizará con el envío del expediente a Informaciones Grales (Calle 47) o al CAP que se indique, donde permanecerá durante 20 días hábiles para su retiro, luego se enviará a Archivo.

Si es CAP indicar cuál:

Remisión a otra Caja Cuál:.....
 (Marcar la opción que corresponda)

Deberá ser llenado en todos los casos por el SOLICITANTE

DATOS DEL SOLICITANTE						
Apellido/s			Nombres			CUIL
Fecha de Nacimiento	DNI	<input type="checkbox"/> Doc Extr <input type="checkbox"/>	Mail (*)	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	
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	
Estado Civil (Indicarlo con una X donde corresponda)	<input type="checkbox"/> Soltero/a	<input type="checkbox"/> Separado/a de hecho		Desde/...../..... Autoridad ante quien formuló la demanda		
	<input type="checkbox"/> Casado/a				
	<input type="checkbox"/> Viudo/a	<input type="checkbox"/> Separado/a legalmente o Divorciado/a		Desde/...../..... Acción Judicial iniciada ante Juzgado		
	<input type="checkbox"/> Conviviente			N°..... Secretaria		
Parentesco con el causante:						

(*) 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.

Deberá ser llenado en todos los casos por el SOLICITANTE

DATOS DEL CAUSANTE						
Apellido/s			Nombres			
Fecha de Nacimiento	Fecha de Defunción	DU		CUIL		
Domicilio real				Localidad	Código Postal	
Estado Civil (Indicarlo con una X donde corresponda)	<input type="checkbox"/> Soltero/a	<input type="checkbox"/> Separado/a de hecho		Desde/...../..... Autoridad ante quien formuló la demanda.....		
	<input type="checkbox"/> Casado/a				
	<input type="checkbox"/> Viudo/a	<input type="checkbox"/> Separado/a legalmente o Divorciado/a		Desde/...../..... Acción Judicial iniciada ante Juzgado		
	<input type="checkbox"/> Conviviente			N°..... Secretaria		

Revisión N°	Fecha	Motivos del Cambio
12	11/07/16	♦ Se modificó cuadro N° 5, la firma debe ser la del solicitante.

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

DATOS DEL APODERADO

3	Relación: <input type="checkbox"/> Abogado <input type="checkbox"/> Agrega IUS <input type="checkbox"/> <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

Deberá ser llenado por el SOLICITANTE

Declaración Jurada Servicios con Aportes

Por la presente DECLARO BAJO JURAMENTO que los servicios detallados a continuación son todos los desempeñados por mí, con aportes en el Instituto de Previsión Social de la Provincia de Buenos Aires.

SERVICIOS DESEMPEÑADOS CON CESE

4	Empleador	Tarea/Cargo	Desde	Hasta

Observaciones:

.....

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

Deberá ser llenado en todos los casos por el SOLICITANTE

Firma del SOLICITANTE

5			
	Firma:	Aclaración:	Lugar y Fecha:

Espacio para ser llenado exclusivamente por Funcionario del INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

CERTIFICACIÓN DE IDENTIDAD Y FIRMA POR AUTORIDAD COMPETENTE ()**

Certifico que los datos consignados en los recuadros 1, 2, 3 y 5 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/s firma/s o impresiones digitales estampadas en el recuadro 5 fueron colocadas en mi presencia.

6
	Lugar y Fecha	Sello - Firma	Aclaración de Firma y Cargo

(**) 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.