

<b>TITULO :</b>  <h2 style="margin: 0;">SOLICITUD DE RECLAMO</h2>	<b>Código:</b> E-187 <b>Revisión:</b> 11 <b>Confecionó:</b> G.M. <b>Vigencia:</b> 22/07/16 <b>Página:</b> 1 de 2
---	--

RECLAMO N°  FECHA:  de  de

**Oficina de Atención:**

Informaciones Generales  CAP  .....

(Sede Central)

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

DATOS DEL BENEFICIARIO											
1	Apellido/s			Nombres				CUIL			
	Fecha de Nacimiento		DNI <input type="checkbox"/>	Doc Extr <input type="checkbox"/>	Mail (*)		Teléfono Fijo		Teléfono Celular		
	Tipo de Beneficio			Expediente N°			Oficina en que se encuentra				
	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

**3 MOTIVO DEL RECLAMO** (Marcar con una x lo que corresponda)

- No se hizo efectivo el pago de un aumento o actualización de sueldo
- No se abona una bonificación que el interesado considera parte integrante del haber
- Se realiza algún descuento indebido o no autorizado por el beneficiario
- Se ha producido una rebaja en el haber mensual
- No se han computado la totalidad de los años trabajados
- No se consideró el mejor cargo ejercido
- El porcentaje jubilatorio está mal calculado

Revisión N°	Fecha	Motivos del Cambio
11	22/07/16	Se modificó logo y se actualizó formulario

**Agrega Nota** SI  NO 
**Solicitud de Vista y/o Desarchivo** SI  NO 
**OBSERVACIONES:**

..... ..... .....
-------------------------

*Este espacio es llenado en todos los casos por el Sistema*

Datos del turno WEB			
Turno	Trámite	Estado	Fecha
Atendido por			
Comentario			

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

Declaración Jurada Impuesto a las Ganancias (Opción)		Acepto	No Acepto
5	<b>IMPUESTO A LAS GANANCIAS</b> 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.		
	<b>OPCIÓN:</b> 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.		

*Deberá ser llenado por el BENEFICIARIO/APODERADO*

Firma del BENEFICIARIO/APODERADO	
6	Firma: ..... Aclaración: ..... Lugar y Fecha: .....

*Espacio para ser llenado exclusivamente por Funcionario del IPS*

CERTIFICACIÓN DE IDENTIDAD Y FIRMA POR AUTORIDAD COMPETENTE (**)			
7	Certifico que los datos consignados en los recuadros 1, 2 y 6 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 6 fueron colocada en mi presencia.		
	.....	.....	.....
	Lugar y Fecha	Sello del área	Firma
(**) 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.			