

## SOLICITUD DE JUBILACIÓN AUTOMÁTICA DOCENTE (Decreto 9650 /80)

Fecha..... de ..... de.....

SOLICITUD N°:  (N° de CUIL - Orden Anual)

vigencia 03/02/17  
Hoja 1 de 4

BENEFICIO SOLICITADO: JUBILACIÓN  Ordinaria  Edad Avanzada

Marcar con una X, según corresponda y completar ANEXO 1. Cargo de Mayor Jerarquía (Hoja Nro. 5).

Deberá ser llenado en todos los casos por el SOLICITANTE

### 1 - DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido/s  Nombre/s  CUIL  Fecha último cese

Fecha de Nacimiento  DNI  Doc.Extr.  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)

Soltero/a  Casado/a  Viudo/a  Conviviente  Separado/a legalmente o Divorciado/a

Desde...../...../.....Acción judicial iniciada ante juzgado N°.....Secretaría.....  
(Completar solo en el caso de tildar "Separado/a legalmente o Divorciado/a".)

Capacidad restringida  Sistema de apoyo  Necesita curador  En estos últimos casos deberá completar el punto N°9

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

### 2 - DATOS DEL APODERADO

Relación: Abogado  Agrega IUS  Delegado  Gestor  Familiar hasta 4° grado de consanguinidad

Apellido/s  Nombres  CUIL/CUIT

DNI  Doc. Extr.  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 en todos los casos por el/la SOLICITANTE

**3. FAMILIARES CON POSIBLE DERECHO A PENSIÓN**

Apellido/s y nombres completos	Incapacitado	Otro beneficio	Parentesco	CUIL	Fecha de nacimiento		
					Día	Mes	Año
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					

Deberá ser llenado en todos los casos por el/la 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 nuestro sitio web institucional.

Deberá ser aceptado o no y llenado por el/la 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 puede efectuar la opción que establece el Artículo 18 de la Ley 20628 (TO 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 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 (TO 1986 y modificatorias): a condición de que dicha imputación genere saldo de impuesto a favor de este beneficiario.**

Deberá ser llenado por el/la SOLICITANTE

**6. DECLARACIÓN JURADA- No tiene otra actividad. No posee otro beneficio**

Trabaja en otros servicios distintos a los que trae para obtener el beneficio jubilatorio : SI  NO

En caso afirmativo: ¿Desde que 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 9316 /46.

Deberá ser llenado por el/la SOLICITANTE según corresponda

### 7. DECLARACIÓN JURADA DE SERVICIOS CON APORTES EN OTRAS CAJAS (Que no sea el 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

Nº de expediente	Caja	Empleador	Tarea/Cargo	Código	Desde	Hasta

Observaciones.....

Deberá ser aceptado o no, y llenado por el SOLICITANTE

### 8. DECLARACIÓN JURADA JUBILACIÓN AUTOMÁTICA DOCENTE

Acepto  No acepto

Quien suscribe solicita la JUBILACIÓN TRANSITORIA DOCENTE de acuerdo lo establecido en Resoluciones 18/06 y 14/11 del Honorable Directorio del Instituto de Previsión Social.

A tal fin declara BAJO JURAMENTO

1. Aceptar el pago anticipado de mi futuro beneficio conforme a las pautas y disposiciones de la Resolución 18/06 y complementarias del Honorable Directorio del Instituto de Previsión Social y del Decreto-Ley 9650/80 (T.O. Decreto 600/94.)
2. No percibir beneficio alguno en concepto de anticipo otorgado por el Empleador.
3. Comprometerme a adjuntar la certificación de servicios (código jubilatorio) una vez finalizado el trámite en la repartición empleadora.
4. Que los servicios detallados en la renuncia presentada ante estas autoridades fueron efectivamente desempeñados por quien suscribe como Causante.
5. El pago transitorio que se percibirá no generará derecho a reclamo de ninguna índole, hasta el dictado del acto resolutorio definitivo.
6. En el caso de existir diferencias en mi contra autorizo al Instituto de Previsión Social para que proceda a su recupero descontando un 20% de mis haberes hasta la cancelación total de la deuda que se registre

Deberá ser llenado por el CURADOR o apoyo (en los casos que corresponda)

### 9-Sistema de apoyo/ Curatela

#### Datos de la Causa

Carátula

Juzgado de Radicación

Localidad




#### Datos deL curador / apoyo

Apellido/s

Nombre/s

CUIL




Declara bajo juramento y bajo su absoluta responsabilidad "que la Curatela / Apoyo continúa vigente en todos sus efectos" y agrega: .....

.....

Deberá ser llenado en todos los casos por el SOLICITANTE

### 10. Firma del SOLICITANTE

Firma.....Aclaración.....Lugar y Fecha.....

Espacio para ser llenado exclusivamente por Funcionarios del IPS

### 11. Certificación de identidad y firma por autoridad competente (\*\*)

Certifico que los datos consignados en los puntos 1, 2, y 10 son copia fiel del / los obrantes en el / los documentos de identidad que en cada caso se indica que tuve a la vista y que la firma en el punto 10, fueron colocadas en mi presencia.

.....

Lugar y fecha

Sello del área

Firma

Aclaración 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.

**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, concernientes a un hecho que el documento deba probar, de modo que pueda resultar perjuicio"

## Anexo 1

### Declaración Jurada cargo de mayor jerarquía

Deberá ser llenado en todos los casos por el solicitante

#### 1-Descripción del cargo

Denominación del cargo..... Antigüedad.....años

Cantidad de horas cátedra o módulos.....(llenar en caso de ser profesor)

#### Establecimiento:

Nombre.....Rama.....

Cantidad de secciones o turnos.....

Categoría:

1ra	
-----	--

2da	
-----	--

3ra	
-----	--

#### Bonificaciones

Ruralidad SI  NO  Resolución N°..... %..... Desde 

--	--	--

 Hasta 

--	--	--

Doble escolaridad SI  NO  Resolución N°.....

Educación carcelaria SI  NO

Extensión horaria SI  NO  (Adjuntar certificado)

#### PERIODO DE DESEMPEÑO DEL CARGO:

Del	...../...../.....	al	...../...../.....
Del	...../...../.....	al	...../...../.....
Del	...../...../.....	al	...../...../.....

IMPORTANTE: Se deberá completar un cuadro por cargo, según corresponda