INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Resolución 19.749/25
Nivel de Educación Especial

SOLICITUD DE ADHESIÓN AL PLAN DE PAGO DE DEUDA PREVISIONAL

N° de orden interno

Lugar y fecha, , de de 20

Departamento Recepción Control y Registro Documental
Subdirección de Recursos Entes No Oficiales
Calle 47 N° 530 - Piso 8° - La Plata

Me dirijo a usted **manifestando mi solicitud de adhesión** expresa al Plan de Regularización de deudas Previsionales, establecido por **Resolución del Honorable Directorio 19749/25**, reconociendo la deuda previsional que el Establecimiento Educativo mantiene con el IPS, generada desde el inicio de la prestación de funciones docentes conforme a los formularios de Planta Funcional - Planta Orgánica Funcional, DIPREGEP20 y Declaraciones Juradas, a fin de regularizar la misma.

DECLARANDO BAJO JURAMENTO que los datos que se consignan a continuación, son correctos y completos, siendo fiel expresión de la verdad :

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	
N° DIPREGEP ó Provisorio I.P.S.	NIVEL DE ENSEÑANZA
DISTRITO	
DOMICILIO (calle y número)	
LOCALIDAD:	CÓDIGO POSTAL:
TELÉFONOS: (característica:) Número	

CORREO ELECTRÓNICO 1:	@
CORREO ELECTRÓNICO 2:	@

PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO	CUIT Nº
PERSONA FÍSICA - Apellido y nombre:	
PERSONA JURÍDICA - Denominación:	
Datos de la Dirección de Personas Jurídicas: N° LEGAJO	N° MATRICULA
DOMICILIO LEGAL (calle y número)	
LOCALIDAD:	CÓDIGO POSTAL:
DOMICILIO REAL (calle y número)	
LOCALIDAD:	CÓDIGO POSTAL:
Si el Propietario es una Persona Jurídica indicar: Apellido y nombre del titular	
Carácter invocado	Tipo y N° de Documento

REPRESENTANTE LEGAL Apellido y nombre:	Tipo y N° de Documento
DOMICILIO (calle y número)	
LOCALIDAD:	CÓDIGO POSTAL:

A efectos de cumplimentar la solicitud de adhesión (pto 1.2.1 del IF-2025-24139185-GDEBA-DPLAIPS), se presenta con este formulario lo siguiente:

- ☐ 1. Haber ingresado la totalidad de la documentación adeudada del período a regularizar, ante el Departamento Recepción Control y Registro Documental y ante el Banco de la Provincia de Buenos Aires (declaraciones juradas mensuales generadas mediante el aplicativo SICEEP).
- ☐ 2. Comprobante de pago TASA ADMINISTRATIVA de $ 1500.-, fijada en el art 8 inc a) Res 5/97 y art 2 de la Res N° 5/19
- ☐ 3. Fotocopia del documento de identidad del empleador o los que ejercen la titularidad de ser personas jurídicas.
- ☐ 4. Constancia de **inscripción en ARCA** vigente a la fecha, de la persona física (o de la persona jurídica y los que ejercen su titularidad).
- ☐ 5. En caso que el propietario sea una persona jurídica, **acreditación emitida por ante Escribano Público vigente a la fecha**, en la que consten los datos completos de la misma, estatuto constitutivo, indicando legajo y matrícula en la Dir Provincial de Personas Jurídicas, Insp Gral de Justicia, Inst. Nacional de Acción Cooperativa y Mutualismo (INACyM) o Dirección Provincial de Acción Cooperativa, y en cuanto a la/s persona/s física/s que ejerce/n su titularidad y el carácter invocado, acta o norma de designación y vigencia.
- ☐ 6. Copia del estatuto o contrato constitutivo o última actualización
- ☐ 7. Los comprobantes de cuotas abonadas de otros planes, que no hubiesen ingresado al Departamento Recepción Control y Registro Documental
- ☐ 8. En el caso de concursados y fallidos, deberá presentarse informe expedido por el juzgado donde tramita, con los datos de autos y etapa procesal en la que se encuentra.
- ☐ 9. Constancia de carga en el SAP de los datos bancarios requeridos para el pago mediante el débito directo.

<u>No será válida la presente solicitud al plan</u> hasta tanto no se cumpla con todos los requisitos precedentes dentro del período establecido, y los mismos hayan sido controlados por el Departamento Recepción Control y Registro Documental.

(Original al IPS, copia para el Establecimiento)

Sello de entrada en el Departamento

....

Firma del Propietario **Sello aclaratorio** **Tipo y N° de Documento**

Departamento Recepción Control y Registro Documental
Subdirección de Recursos Entes No Oficiales
Dirección de Recaudación y Fiscalización

....

Controló **Firma** **Fecha**