

**SOLICITUD DE JUBILACIÓN ORDINARIA, INVALIDEZ, EDAD AVANZADA (Decreto-Ley N° 9650/80)**

Vigencia 11/05/22  
hoja 1 de 4

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

**SOLICITUD N°:**

Marcar con una X lo que corresponda

**BENEFICIO SOLICITADO: JUBILACIÓN**  Ordinaria  Invalidez  Edad avanzada

**MODALIDAD:**  Con cese definitivo  Por cierre de cómputos

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°3

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

(\*) 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 Provincia. de Buenos Aires.

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

**3-Sistema de apoyo/ Curatela**

**Datos de la Causa**

Carátula	Juzgado Radicación	Localidad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Datos del curador / apoyo**

Apellido/s	Nombre/s	CUIL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Declaro 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

**4. 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 Solicitante

**5. Observaciones**

.....

Percibirá en el Banco.....Sucursal.....

Importante: En caso de 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 Solicitante

**6. 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, 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.

**Opción:** Conforme a lo informado precedentemente notifico que en caso de percibir haberes retroactivos, efectuó 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 (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 SOLICITANTE

**7. Declaración Jurada - No tiene otra actividad, no posee otro beneficio, percibe o no anticipo jubilatorio**

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:

1°.-Que me comprometo 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.

2°.-Que no poseo beneficio ni gestionaré trámite jubilatorio ante ninguna de las cajas adheridas al sistema de reciprocidad por decreto - Ley 9.613/46.

2°.-Que en el marco de la Ley 12.950 y modificatorias PERCIBO  NO PERCIBO  Anticipo jubilatorio otorgado por el empleador.

(En caso afirmativo, indicar empleador:.....)

Deberá ser llenado por el SOLICITANTE según corresponda

**8. Declaración Jurada servicios con aportes en otras cajas (que no sea IPS)**

Por la presente declaro BAJO JURAMENTO: conocer los terminos 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 de Buenos Aires, **acepto reintegrar**, del modo que el organismo determine, los cargos que resulten por tal consecuencia.

**Servicios desempeñados en otras entidades previsionales**

N° de expediente	Caja	Empleador	Tarea/Cargo	Código	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

**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”

Deberá ser llenado de manera opcional por el SOLICITANTE completando todos los datos requeridos

**9. Solicita cargo de mayor jerarquía, trabajado durante 36 meses consecutivos / 60 alternados**

Denominación del cargo.....

Período en que trabajó.....

Organismo / Ente / Repartición:.....

Acompaña documentación:    Si     No

Deberá ser llenado 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 (\*\*)**

.....	.....	.....	.....
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 Clinicas nacionales, provinciales y municipales o privadas (debidamente certificadas por el Ministerio de salud) en los casos de internados en establecimientos bajo su dirección.