

SOLICITUD DE JUBILACIÓN POR CONVENIO DE RECIPROCIDAD

1.- DATOS DEL/LA SOLICITANTE:

NOMBRE Y APELLIDO:												
MATRÍCULA PROFESIONAL:												
DOCUMENTO (TIPO Y NÚMERO):												
CUIT/CUIL:			-									-
DOMICILIO PARTICULAR (CALLE Y NÚMERO – PISO/DEPARTAMENTO):												
LOCALIDAD:											CP:	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:												
TELÉFONO CELULAR:												

2.- DATOS DE LA ENTIDADES QUE CONCURRIRÁN AL BENEFICIO (INDICAR):

CAJA OTORGANTE (completar)	
CAJA PARTICIPANTE (completar)	

Convenio 363/81. Art. 3º: A los fines de este convenio, se denomina "caja participante" a la que interviene en el reconocimiento de servicios y pago parcial del beneficio; y "caja otorgante de la prestación", a opción del afiliado, a cualquiera de las "participantes" en cuyo régimen acredite como mínimo diez (10) años continuos o discontinuos con aportes. Si el afiliado no acreditare en el régimen de ninguna caja el mínimo fijado en el párrafo anterior, será otorgante de la prestación aquella a la que corresponda el mayor tiempo con aportes. Si se acreditare igual tiempo con aportes en el régimen de dos o más cajas, podrá optar por solicitar el beneficio en cualquiera de ellas.

3.- DATOS DEL EJERCICIO PROFESIONAL:

Declaro bajo juramento el ejercicio profesional en el ámbito de la provincia de BUENOS AIRES conforme al siguiente detalle:

ENTIDADES (HOSPITALES – SANATORIOS –CLÍNICAS):												
CONSULTORIO PARTICULAR: calle											CP:	
Localidad												

4.- DOCUMENTACIÓN PARA EL INICIO DE TRÁMITE:

- DNI (anverso y reverso)
- CONSTANCIA DE CUIT/CUIL
- CERTIFICACIÓN NEGATIVA DE ANSES
- CERTIFICADO/S DE COLEGIACIÓN (PROVINCIA DE BUENOS AIRES)
- PRUEBA DEL EJERCICIO PROFESIONAL EN PROVINCIA DE BUENOS AIRES
- RESOLUCIÓN DE CAJA PARTICIPANTE EN LOS TÉRMINOS DEL CONVENIO 363/81, en caso de corresponder

5.- DOCUMENTACIÓN (PARA COBRO DE BENEFICIO, EN CASO DE CORRESPONDER)

- CERTIFICADO/S DE CANCELACIÓN DE MATRÍCULA EN LAS JURISDICIONES QUE CORRESPONDAN
- RESOLUCIÓN DE OTORGAMIENTO DE JUBILACION (cuando la Caja de Médicos sea participante)
- RESOLUCIÓN DE APROBACIÓN DE PORCENTAJES (cuando la Caja de Médicos sea otorgante)
- FORMULARIO RADICACIÓN SUCURSAL BANCARIA BANCO PROVINCIA o TALÓN PARA TRANSFERENCIA (cuando la Caja de Médicos sea otorgante)
- FORMULARIO OPCIÓN DE COBRO CUOTAS UCP
- FORMULARIO INCORPORACIÓN SEGURO (no obligatorio)

5.- DECLARACIONES Y MANIFESTACIONES:

- a) Constituyo domicilio especial (físico y electrónico) en los consignados en el Ítem 1 de la presente.
- b) Me comprometo a conservar la documentación para ser presentada en original o copia certificada, en caso que así se me lo requiera.
- c) Declaro bajo juramento no ser beneficiario de cobertura jubilatoria otorgada por otro sistema previsional.
- d) En caso de acordárseme la Jubilación por Convenio de Reciprocidad, a los fines del alta de pago me comprometo a presentar las certificaciones de cancelación de matrícula en todas las jurisdicciones que correspondan.
- e) Estar en conocimiento que el acceso a la Jubilación por Convenio de Reciprocidad se encuentra condicionado, en el ámbito de la Caja de Médicos, a la acreditación del ejercicio profesional en forma de desempeño permanente, continuo e ininterrumpido el/los período/s que correspondan, como también a la inexistencia de deuda de orden legal o contractual.
- f) En caso de acordarse el beneficio el pago se realizará desde la fecha de cancelación definitiva en todas las jurisdicciones, siendo de aplicación respecto de la Caja de Médicos la prescripción de un (1) año que dispone el Art. 68 inc. b) de la Ley 12.207.
- g) Estar en conocimiento de los términos del Convenio de Reciprocidad Jubilatoria aprobado por Resolución 363/81 del MTSS.
- h) En caso de disponerse el acuerdo del beneficio **me notifico que deberé presentar mensualmente** el Formulario **572 Web** a través del servicio “Sistema de Registro y Actualización de Deducciones del Impuesto a las Ganancias (SIRADIG) - Trabajador” del sitio web de ARCA. **Declaro conocer** que únicamente se considerarán las deducciones, desgravaciones, cargas de familia y otros conceptos deducibles a los efectos del cálculo mensual del Impuesto a las Ganancias, presentados a través de dicho Formulario web. Asimismo, en caso **de tener otro agente de retención me comprometo a notificar** a la Caja esa circunstancia a través de la presentación del citado Formulario vía web comprendiendo que en caso contrario la Caja de Médicos actuará como agente de retención.
IMPORTANTE: Para que el F.572 web sea considerado en el mes de liquidación, la presentación del mismo deberá realizarse **hasta el día 10** de cada mes **EXCEPTO** para el mes de **diciembre**, que deberán presentarse **hasta el día 5**.
- i) De corresponder el cobro de haberes retroactivos, *como consecuencia de sentencia judicial, allanamiento a la demanda o resolución de recurso administrativo por autoridad competente*, y de estar los mismos sujetos a retención del Impuesto a las Ganancias, **ejerzo** por el presente la **opción del inciso b) del Art. 24 de la Ley 20628 (Decreto 824/2019)** del citado impuesto, con el fin de que dichos montos sean imputados a los ejercicios fiscales que correspondan.

LUGAR Y FECHA:

.....
FIRMA Y ACLARACION