



## SOLICITUD DE JUBILACIÓN

(Marcar con una X lo que corresponda)

JUBILACIÓN ORDINARIA

JUBILACIÓN EXTRAORDINARIA

RECIPROCIDAD / CAJA OTORGANTE

Identificación Caja Participante \_\_\_\_\_

### DATOS DEL SOLICITANTE

N° DE AFILIADO \_\_\_\_\_

APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRE/S \_\_\_\_\_

TIPO Y N° DOCUMENTO \_\_\_\_\_ CUIT/CUIL \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD \_\_\_\_\_

DOMICILIO REAL \_\_\_\_\_ LOCALIDAD \_\_\_\_\_

CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_ PARTIDO \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ PAÍS \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

(\* Domicilio constituido (Ley Procedimiento Administrativo Dec.Ley 7647/70, arts 24, 25, 26 y 27)

ESTADO CIVIL: soltero

casado

viudo/a

conviviente

separado/legalmente o divorciado/a (\*\*)

(\*\*) Fecha sentencia \_\_\_\_\_ Juzgado \_\_\_\_\_ Dpto Judicial \_\_\_\_\_

### APODERADO

RELACION Abogado  Agrega JUS Previsional  Agrega Poder

APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRE/S \_\_\_\_\_

TIPO Y N° DOCUMENTO \_\_\_\_\_ CUIT/CUIL \_\_\_\_\_

DOMICILIO CONSTITUIDO \_\_\_\_\_ LOCALIDAD \_\_\_\_\_

CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_ PARTIDO \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ PAÍS \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

(\* Domicilio constituido (Ley Procedimiento Administrativo Dec.Ley 7647/70, arts 24, 25, 26 y 27)

## SISTEMA DE APOYOS / CURATELA

Caratula \_\_\_\_\_

Juzgado interviniente \_\_\_\_\_

DATOS DEL CURADOR / APOYO

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre/s \_\_\_\_\_ CUIT \_\_\_\_\_

## CAUSAHABIENTES CON DERECHO A PENSIÓN (arts 48, 49, 52 y 60 Ley 6983)

1<sup>?</sup>APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRE/S \_\_\_\_\_

TIPO Y N° DOCUMENTO \_\_\_\_\_ CUIT/CUIL \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ VINCULO \_\_\_\_\_

Incapacitado SI  NO

Depende económicamente SI  NO

2<sup>?</sup>APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRE/S \_\_\_\_\_

TIPO Y N° DOCUMENTO \_\_\_\_\_ CUIT/CUIL \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ VINCULO \_\_\_\_\_

Incapacitado SI  NO

Depende económicamente SI  NO

3<sup>?</sup>APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRE/S \_\_\_\_\_

TIPO Y N° DOCUMENTO \_\_\_\_\_ CUIT/CUIL \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ VINCULO \_\_\_\_\_

Incapacitado SI  NO

Depende económicamente SI  NO

## PAGO de HABERES JUBILATORIOS, SUBSIDIOS y REINTEGROS

A) **SOLICITA APERTURA DE CUENTA BANCARIA:** SI (\*)  NO

(\*) Entidad Bancaria: BANCO PROVINCIA  BANCO GALICIA  BBVA (suc<sup>2</sup>La Plata) Banco MACRO

Se sugiere verificar el listado actualizado de las entidades bancarias con convenio

Localidad \_\_\_\_\_ N° Sucursal/Domicilio \_\_\_\_\_

B) **DENUNCIA CUENTA BANCARIA DE TITULARIDAD DEL SOLICITANTE:**

N° de cuenta \_\_\_\_\_ Entidad Bancaria \_\_\_\_\_

CBU \_\_\_\_\_

## COBERTURA PRESTACIONES ASISTENCIALES Y SUBSIDIOS

A) SOLICITA ADHESIÓN SI  NO

### Reglamento de Prestaciones Asistenciales y Subsidios:

Artículo 2- Beneficiarios principales: "Dentro de esta categoría de beneficiarios principales existen los obligatorios y los adherentes" 1) Obligatorio: Los notarios titulares y adscriptos de registros de escrituras públicas de la Provincia de Buenos Aires 2) Adherentes: a- Los notarios jubilados y pensionados de La Caja..."

Artículo 5- Cobertura transitoria: "Se establece un régimen de cobertura transitoria abonando una cuota mensual que será establecida por el Consejo Directivo para los siguientes casos:

a) El Notario que renuncie para acogerse a los beneficios jubilatorios o cese, por aplicación del artículo 32 inciso 1 del decreto ley 9020, e inicie formalmente su jubilación, gozará juntamente con su grupo familiar de una prórroga de 90 días a partir de esa fecha, para seguir utilizando los servicios del sistema de atención a la salud. Este plazo será prorrogable si la demora en el otorgamiento de la jubilación fuese imputable a este Colegio o a la Caja de Seguridad Social.

b) El Notario que habiendo cesado por aplicación del artículo 32 inciso 1 del decreto ley 9020, y no hubiera iniciado formalmente su jubilación, podrá solicitar en forma expresa, dentro de los noventa (90) días de alcanzar la edad jubilatoria prevista, continuar adherido al sistema de salud por un plazo de 90 días renovable por igual período. Esta cobertura podrá incluir a su grupo familiar adherido y requiere que el beneficiario no sea deudor de La Caja.

B) ADHIERE GRUPO FAMILIAR SI (\*)  NO

(\*) En planilla anexa se declara integrantes del grupo familiar a adherir

## IMPUESTO A LAS GANANCIAS – OPCIÓN ARTÍCULO 24

IMPUESTO A LAS GANANCIAS: Se informa que, de corresponder el cobro de haberes retroactivos, los mismos podrían estar sujetos a retención del impuesto a las ganancias. En tal caso, usted podrá efectuar la opción prevista por el artículo 24 de la ley 20.628 (texto ordenado Decreto N° 824/19) y, en caso de ser aplicable, la liquidación se efectuará conforme la mencionada ley.

ARTÍCULO 24- LEY 20.628 (parte pertinente): "...b) ... Las ganancias originadas en jubilaciones o pensiones liquidadas por las cajas de jubilaciones (...) que como consecuencia de modificaciones retroactivas (...) se percibieran en un ejercicio fiscal y hubieran sido devengadas en ejercicios anteriores, podrán ser imputadas por sus beneficiarios a los ejercicios fiscales a que correspondan. El ejercicio de esta opción implicará la renuncia a la prescripción ganada por parte del contribuyente..."

**OPCIÓN:** Conforme lo precedentemente informado, declaro que, en caso de percibir haberes retroactivos, efectúo SI (\*)  NO  la opción de imputación consagrada en el cuarto párrafo del inciso b) del artículo 24 de la ley de impuesto a las ganancias (to. 2019 según Dec. 824/19)

(\*) Se suscribe planilla Anexa

## FIRMA DEL SOLICITANTE

Todos los datos consignados en este ejemplar revisten el carácter de DECLARACIÓN JURADA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
ACLARACION

*La omisión o falsedad en las presentes declaraciones juradas constituye una violación al art. 293 del Código Penal*

## CERTIFICACION DE IDENTIDAD Y FIRMA POR AUTORIDAD CERTIFICANTE

Certifico que la firma es auténtica y fue puesta en mi presencia

\_\_\_\_\_  
LUGAR Y FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y ACLARACION DEL CERTIFICANTE

**SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL – PERIODO EXTENDIDO.**

Para que proceda la cobertura, ante una eventual acción judicial o reclamo por responsabilidad civil del notario, deberá encontrarse vigente la póliza al momento reclamo.

En caso de jubilación, fallecimiento o incapacidad del notario, el mismo o sus herederos podrán acceder a un período de cobertura extendido de 10 años sin costo adicional. Este beneficio aplica exclusivamente para quienes lo soliciten de manera expresa. Para activar este período extendido, el interesado deberá comunicarse con la compañía aseguradora dentro de los 30 días posteriores al cese de la actividad profesional, llamando al 011-7079-7017 (interno 112).

Lugar y fecha: .....

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
ACLARACION

## DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA – CHECK LIST

### Documentación que se adjunta a la solicitud de jubilatoria.

- Fotocopia DNI (certificada por Notario)<sup>2</sup>
- Constancia de CUIT/CUIL
- Poder o Resolución Judicial (apoyo o curatela)
- Formulario Seguro de Responsabilidad Civil Profesional<sup>2</sup>
- Formulario DJ de opción de adhesión/continuidad al sistema de salud y denuncia del grupo familiar a cargo<sup>2</sup>
- Formulario DJ de opción art<sup>2</sup>24 Ley de impuesto a las ganancias<sup>2</sup>
- Acta de nacimiento de hijos menores o mayores incapacitados (certificada por Notario o versión digital)<sup>2</sup>
- Acta actualizada de matrimonio o de Unión convivencial (de los últimos seis meses, certificada por Notario o versión digital)<sup>2</sup>
- Fotocopia de sentencia de divorcio<sup>2</sup>
- Constancia de titularidad de cuenta bancaria y CBU<sup>2</sup>
- Fotocopia DNI y constancia de CUIT/CUIL del integrante del grupo familiar<sup>2</sup>
- Foto carnet

### Para jubilación Extraordinaria, además deberá presentar:

- Certificado médico actual
- Resumen de Historia Clínica
- Documentación médica sobre la incapacidad denunciada<sup>2</sup>

### Para jubilación por Reciprocidad (Caja Otorgante), además deberá presentar:

- Expediente de Reconocimiento de Servicios de la Caja Participante (Reciprocidad)
- Constancia de cancelación de matrícula profesional (Reciprocidad)

**SELLO DE CARGO Y FIRMA DEL  
RECEPTOR**

