



**JUBILACIÓN EXTRAORDINARIA
SEGUNDA PARTE: LIQUIDACION Y COBRO
(Trámite Digital)**

Lugar y fecha: de de 20.....

**Sr./a Presidente de la Caja de
Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires**

S / **D:**

De mi consideración:

El/La que suscribe....., afiliado/a N°....., D.N.I. N°....., con domicilio real en la calle.....N°..... de la localidad de....., teléfono fijo....., teléfono celular....., y domicilio profesional en calle..... N°..... de la localidad de.....

DECLARA BAJO JURAMENTO QUE:

A fin de cumplimentar lo dispuesto por la Ley 8.119 y sus modificatorias y la Reglamentación respectiva, manifiesta que se encontraba matriculado en el Colegio de Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires, Distrito N°....., y que **HA PROCEDIDO A CANCELAR SU MATRÍCULA EN EL COLEGIO DE ODONTÓLOGOS**. Asimismo, **declara bajo juramento que** se obliga a retirar chapa, inscripción o leyenda y a no efectuar publicidad que indujera a confundir su anterior ejercicio profesional con su condición de Odontólogo en pasividad.

Asimismo, el suscripto **ACEPTA Y CONSIENTE** que por toda deuda existente con la Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires que no se encontrare abonada a la fecha, se retenga hasta el veinte por ciento (20%) mensual del haber jubilatorio y/o pensionario que eventualmente corresponda, hasta su cancelación definitiva.

Firma y Aclaración del solicitante

IMPORTANTE: El afiliado, para percibir el haber previsional, deberá tener su matrícula cancelada en el Colegio de Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires.

Asimismo, no debe tener Declaraciones Juradas pendientes de presentación.

Podrá consultar si adeuda Declaraciones Juradas ante su Distrito de trámite.

Presentación del Trámite: El trámite deberá enviarse exclusiva e inexcusablemente a la dirección de correo electrónico: tramitesonline@cajaodo.org.ar.

El envío a cualquier otra dirección de correo electrónico, inclusive perteneciente a la institución, será rechazado y el trámite no se tendrá por presentado. Los plazos previstos por la Reglamentación deberán cumplirse con la presentación ante la dirección de correo electrónico arriba enunciada.

Constitución de Domicilio Electrónico:

COMPLETE AQUÍ



CORREO ELECTRONICO:

Constituyo el correo arriba indicado como domicilio electrónico, aceptando que allí se envíen todas las notificaciones sucesivas por parte de la Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires, sin poder desconocer la recepción de las notificaciones allí cursadas. Me comprometo a revisar diariamente la bandeja de entrada de mi correo electrónico arriba denunciado, como así también las bandejas de spam, correo no deseado, y/o toda otra en la que pudiera recibir las notificaciones de parte de la Caja. Acepto que las notificaciones dirigidas a mi domicilio electrónico serán fehacientes y válidas.

Constitución como Depositario de la Documentación presentada:

Manifiesto que el presente formulario ha sido digitalizado y enviado electrónicamente, siendo auténtica la firma rubricada al pie del presente.

Acepto convertirme en depositario a título gratuito de la documentación original, presentada digitalmente (en los términos de los Arts. 1356 y ss. del Cód. Civ. y Com. de la Nación), por el término de un (1) año desde la fecha de presentación del trámite ante la Caja por vía digital. Se me ha indicado, entiendo y acepto que la falta de presentación ante la solicitud podrá acarrear la pérdida del beneficio, y las sanciones que oportunamente determine el Directorio de la Institución. Acepto que el requerimiento de la documentación original se realice al domicilio electrónico constituido en este formulario. Asimismo, en dicha oportunidad certificaré mis firmas frente a personal de la Caja.

Declaro que la firma en los formularios correspondientes me pertenece y que la presente solicitud ha sido realizada en pleno uso de mis facultades mentales, responsabilizándome personalmente de cualquier daño que la falsedad en dicha declaración acarree en forma alguna a la Caja.

Se me ha informado y acepto que:

La Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires se reserva el derecho de no aceptar los formularios y documentación acompañada digitalmente o en papel si existieran dudas sobre la autenticidad y/o veracidad de los mismos.

La Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires se reserva las acciones legales correspondientes en caso de cometerse, por esta u otra vía, cualquier daño o perjuicio en su contra.

Firma y Aclaración del Solicitante

DECLARACIÓN JURADA ANUAL (Año en curso)

Afiliado N°: _____

Año de la DDJJ (año en que cancela matrícula): _____

EJERCICIO PROFESIONAL:

I) EJERCICIO PROFESIONAL PRIVADO <i>(Ejercicio en consultorio o actividad propia)</i>		
DOMICILIO	LOCALIDAD	TELEFONO
INGRESO ANUAL:		\$

IMPORTANTE: En "Ejercicio Profesional Privado" debe agregar la facturación ante Obras Sociales por convenio directo, círculos o asociaciones profesionales, y los ingresos percibidos directamente de sus pacientes. No se debe incluir trabajos en relación de dependencia o empleo público (en hospitales, ministerios, etc.). No debe detallar la facturación, sino declarar el monto total facturado, y el domicilio donde ha percibido esos montos.

II) OTRAS FORMAS DE EJERCICIO PROFESIONAL <i>(Relación de dependencia)</i>			
1)	Nombre de la Institución:		Domicilio:
	Localidad:	Código Postal:	Partido:
	Fecha de Ingreso:	Vínculo Laboral:	INGRESO ANUAL: \$
2)	Nombre de la Institución:		Domicilio:
	Localidad:	Código Postal:	Partido:
	Fecha de Ingreso:	Vínculo Laboral:	INGRESO ANUAL: \$
3)	Nombre de la Institución:		Domicilio:
	Localidad:	Código Postal:	Partido:
	Fecha de Ingreso:	Vínculo Laboral:	INGRESO ANUAL: \$
4)	Nombre de la Institución:		Domicilio:
	Localidad:	Código Postal:	Partido:
	Fecha de Ingreso:	Vínculo Laboral:	INGRESO ANUAL: \$

IMPORTANTE: En "Otras Formas de Ejercicio Profesional" debe declarar los ingresos que obtuvo ejerciendo su profesión en relación de dependencia o contratación laboral temporal o a plazo fijo, incluido el Empleo Público (en Hospitales, Ministerios, etc.). Se deben incluir Obras Sociales ante las que tiene un vínculo laboral (no incluye tareas realizadas en su consultorio en forma externa).

Declaro bajo juramento que no existen omisiones o falseamientos de datos, constituyendo lo manifestado la fiel expresión de la verdad.

Fecha: ___/___/___

Firma y Aclaración del Solicitante

Forma de Pago del Beneficio Previsional

La Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires abona los beneficios previsionales exclusivamente **a través del Banco de la Provincia de Buenos Aires**.

Al efecto, el solicitante puede optar por abrir una cuenta bancaria gratuita y libre de descuentos; o por denunciar una cuenta existente en el Banco de la Provincia de Buenos Aires de su titularidad.

Seleccionar la opción deseada:

Deseo abrir una cuenta bancaria gratuita en el Banco de la Provincia de Buenos Aires.

Para hacerlo, deberá completar los siguientes datos:

Apellido y Nombre:

Fecha de Nacimiento:/...../.....

Domicilio:

Localidad:

Tipo y N° Documento:

Número de CUIT/CUIL:

Número de la Sucursal:

Nombre de la Sucursal Bancaria:

Puede consultar el Nombre, Número y Dirección de las Sucursales disponibles en la siguiente página web:

<https://www.bancoprovincia.com.ar/buscadorsucursales>.

Deseo que se abonen los haberes previsionales en una cuenta del Banco de la Provincia de Buenos Aires de mi titularidad.

Para hacerlo deberá completar los siguientes datos:

Apellido y Nombre:

Número de la Sucursal Bancaria:

Nombre de la Sucursal Bancaria:

Número de Cuenta Bancaria:

Indique con una cruz el tipo de Cuenta Bancaria: Caja de Ahorro: Cuenta Corriente:

IMPORTANTE: Para ésta última opción, se deberá adjuntar una Constancia de C.B.U. de la que surjan todos los datos aquí indicados.

La misma puede ser descargada por Homebanking o emitida por Cajero Automático. Por la presente el/la solicitante denuncia -con carácter de declaración jurada- los datos que aquí ha indicado, por lo cual expresamente se responsabiliza personalmente por cualquier error que pueda existir en los mismos, desligando expresamente a la Caja de la responsabilidad que se derive de dichos errores.

Firma y Aclaración del Solicitante