



JUBILACIÓN ORDINARIA
PRIMERA PARTE: APROBACIÓN
(Trámite Digital)

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

S _____ / _____ **D:** _____

El/La que suscribe....., afiliado/a 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, de acuerdo con lo dispuesto por la Ley 8.119 y sus modificatorias, el Reglamento de Jubilaciones Ordinarias y el Reglamento de Prestaciones Diferenciadas (este último en caso que sea aplicable a mi caso) para afiliados a la Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires, los que declaro bajo juramento conocer y aceptar en todos sus términos, cumple en dirigirse al Sr./a. Presidente con el objeto de solicitarle se le apruebe el beneficio de Jubilación Ordinaria.

Asimismo declaro bajo juramento lo siguiente: **1)** Que he sido informado que, una vez realizada la segunda parte del trámite, podré (en caso de contar con la misma) solicitar la baja de la cobertura médica que brinda Fundación CO.ME.I., dado que la misma reviste carácter voluntario para los jubilados, para ello deberé utilizar a tal efecto el formulario "Solicitud de baja de CO.ME.I. para el titular jubilado" disponible en www.cajaodo.org.ar; **2)** Que he sido informado que puedo dar de baja a mis adherentes en dicha cobertura médica, utilizando el formulario "Solicitud de baja de adherentes voluntarios al sistema de cobertura médica" disponible en www.cajaodo.org.ar; **3)** Que he sido informado que, una vez finalizadas y aprobadas ambas etapas del trámite, si al momento de comenzar a percibir mis haberes jubilatorios, no he solicitado la baja de la cobertura médica para mi o para mis adherentes, en caso de corresponder, se realizarán los descuentos de los aportes respectivos de mis haberes, consintiendo en un todo dichos descuentos y **4)** Que he sido informado que, una vez finalizadas y aprobadas ambas etapas del trámite, si al momento de comenzar a percibir mis haberes jubilatorios mantuviese algún tipo de deuda con la Caja, la misma será descontada de mis haberes, consintiendo en un todo dichos descuentos.

Por medio de la presente **ratifico/rectifico** (tachar lo que no corresponda) los datos e informes que he suministrado a la Caja en virtud de lo dispuesto por el art. 25 de la Ley 8.119.

IMPORTANTE: En caso de rectificar información el afiliado deberá completar una declaración jurada con los datos que desea rectificar.

De acuerdo a lo dispuesto por el Reglamento de Jubilaciones Ordinarias se transcribe a continuación el Art. 7º: "Previo al pago del haber, el afiliado prestará juramento ante el Director Titular o Suplente, de no ejercer –directa o indirectamente la profesión en todo el territorio de la Provincia de Buenos Aires- de retirar chapa, inscripción, leyenda o publicidad que indujera exteriorizar su ex actividad o a confundir su condición de Odontólogo en pasividad. Constatada la violación por parte del afiliado pasivo de la prohibición dispuesta por los arts. 52 y 53 de la Ley 8119, el Directorio de la Caja dispondrá la instrucción del sumario respectivo dando traslado de sus conclusiones al interesado por el término de diez (10) días hábiles a efectos de que tome conocimiento de las mismas y presente si las tuviere, las defensas a las que se considere con derecho. Vencido tal plazo el Directorio resolverá la situación del afiliado y procederá en su caso a aplicar las sanciones establecidas por el art. 55 de la Ley 8119, conforme pautas allí establecidas, formulando a la vez cargo contra el afiliado por la devolución de los importes jubilatorios y complementos abonados, otorgándole un plazo perentorio de 15 días para que proceda a la cancelación de tal deuda, bajo apercibimiento de accionarse judicialmente en su contra por cobro de la misma, con más intereses costos y costas. A la vez comunicará su decisión al Colegio Profesional respectivo para que en la esfera de su competencia disponga las medidas que correspondan contra el afiliado. Este artículo deberá ser íntegramente transcrito en la solicitud de jubilación a suscribir por el afiliado, a quien, además, se le deberá entregar copia íntegra del presente artículo. Los sumarios instruidos a los efectos indicados podrán promoverse de oficio o por denuncia de afiliados de la Caja y/o del Colegio Profesional respectivo, debiendo en tales casos ser suscripta por el peticionante y/o autoridad que así lo dispone. La Caja podrá utilizar todo tipo de prueba compatible con el objeto materia de investigación. A los efectos de la confección del sumario, el Presidente de la Caja procederá a designar al sumariante respectivo, debiendo recaer la designación en el Director Titular o Suplente de la Caja y/o en personal capacitado al efecto de la misma, a su elección. El sumario deberá ser instruido en un plazo no mayor de treinta (30) días a la fecha de aceptación del cargo por el sumariante, quien con antelación al vencimiento de tal plazo podrá solicitar prórroga fundada por un período similar de treinta (30) días. Si al vencimiento de los indicados plazos, el sumario aún no hubiera concluido, el Presidente de la Caja procederá a designar de igual modo que al primero, nuevo sumariante, a quien se le deberá hacer entrega de las actuaciones labradas y quien dispondrá de similares plazos para el cumplimiento de su tarea. El sumariante podrá requerir la colaboración de las respectivas áreas de la Caja, así como de la totalidad de su personal. Los gastos en los que incurra por su gestión le serán abonados bajo recibo. Se dotará al sumariante de las comodidades que requiera en las instalaciones de la Caja para el cumplimiento de su tarea, así como de los implementos necesarios para su gestión. En la confección del sumario deberán seguirse las pautas que rigen similar tarea en la administración provincial, conforme Código de Procedimiento Administrativo de la Provincia de Buenos Aires."

QUEDO DEBIDAMENTE NOTIFICADO.

Firma del solicitante

Documentación Necesaria:

Para tramitar el presente beneficio es necesario acompañar la siguiente documentación

a) Fotocopia de D.N.I. (formato "tarjeta" o posterior) o Partida de Nacimiento del solicitante.

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