



TITULO :	Código: E-187 Revisión: 11 Confeccionó: G.M. Vigencia: 22/07/16 Página: 1 de 2
SOLICITUD DE RECLAMO	

RECLAMO N° FECHA: de de

Oficina de Atención:

Informaciones Generales CAP

(Sede Central)

Deberá ser llenado en todos los casos por el SOLICITANTE

DATOS DEL BENEFICIARIO

1	Apellido/s		Nombres			CUIL
	Fecha de Nacimiento	DNI <input type="checkbox"/>	Doc Extr <input type="checkbox"/>	Mail (*)		Teléfono Fijo
						Teléfono Celular
	Tipo de Beneficio		Expediente N°	Oficina en que se encuentra		
	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
	13 Nro 805 - Piso 8 -				la Plata	1900

(*) 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 Pcia. de Bs. As.

Llenar con los datos del APODERADO para tramitar, sólo en caso de corresponder

DATOS DEL APODERADO

2	Relación:					
	Abogado <input type="checkbox"/>		Agrega IUS <input type="checkbox"/>		Delegado <input type="checkbox"/> Gestor <input type="checkbox"/> Fliar hasta 4° de Consanguinidad <input type="checkbox"/>	
	Apellido/s		Nombres			CUIL/CUIT
	DNI <input type="checkbox"/>	Doc Extr <input type="checkbox"/>	Mail (*)		Teléfono Fijo	Teléfono Celular
			consultasjubilatorias@jusbuenosaires.gov.ar		0221-410-4400	interno 4300
	Domicilio constituido (Ley de Procedimiento Administrativo Dto-Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26 y 27) (*)				Localidad	Código Postal
13 Nro 805 - piso 8				La Plata	1900	

3 MOTIVO DEL RECLAMO: (Marcar con una x lo que corresponda)

- No se hizo efectivo el pago de un aumento o actualización de sueldo
- No se abona una bonificación que el interesado considera parte integrante del haber
- Se realiza algún descuento indebido o no autorizado por el beneficiario
- Se ha producido una rebaja en el haber mensual
- No se han computado la totalidad de los años trabajados
- No se consideró el mejor cargo ejercido
- El porcentaje jubilatorio está mal calculado

Revisión N°	Fecha	Motivos del Cambio
11	22/07/16	◆ Se modificó logo y se actualizó formulario

Agrega Nota SI NO

Solicitud de Vista y/o Desarchivo SI NO

OBSERVACIONES:

.....
.....

Este espacio es llenado en todos los casos por el Sistema

4	Datos del turno WEB			
	Turno	Trámite	Estado	Fecha
	Atendido por			
Comentario				

Deberá ser aceptado o no y llenado por el BENEFICIARIO

5	Declaración Jurada Impuesto a las Ganancias (Opción)		Acepto	No Acepto
	<p>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.</p> <p>OPCIÓN: Conforme a lo informado precedentemente notifico que en caso de percibir haberes retroactivos, EFECTÚO la opción de imputación prevista en el segundo párrafo del inciso b) del Art. 18 de la Ley de Impuesto a las Ganancias Nº 20628 (T.O. 1986 y modificatorias): a condición de que dicha imputación genere saldo de impuesto a favor de este Beneficiario.</p>			

Deberá ser llenado por el BENEFICIARIO/APODERADO

6	Firma del BENEFICIARIO/APODERADO
	<p>Firma: Aclaración: Lugar y Fecha:</p>

Espacio para ser llenado exclusivamente por Funcionario del IPS

7	CERTIFICACIÓN DE IDENTIDAD Y FIRMA POR AUTORIDAD COMPETENTE (**)			
	<p>Certifico que los datos consignados en los recuadros 1, 2 y 6 son copia fiel del / los obrante/s en el / los documento/s de identidad que en cada caso se indica que tuve a la vista y que la firma en el recuadro 6 fueron colocada en mi presencia.</p>			
 Lugar y Fecha Sello del área Firma Aclaración y Cargo
	<p>(**) 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 Clínicas Nacionales, Provinciales y Municipales o Privadas (debidamente certificadas por el Ministerio de Salud) en los casos de internados en establecimientos bajo su Dirección.</p>			