



*Suprema Corte de Justicia  
Provincia de Buenos Aires*

**OFICINA DE JUBILACIONES - SECRETARIA DE PERSONAL  
DE SCBA**

**A) OPCIONES JUBILATORIAS:**

**1. JUBILACION ORDINARIA**

**REQUISITOS**

Para solicitar el beneficio el interesado deberá contar con:

- 60 años de edad y 35 de servicios, en el orden provincial o nacional\*.  
(Decreto - ley 9650);
- 62 años de edad y 30 años de aportes (Decreto - ley 7918  
Magistrados);
- 45 años de edad y 20 años de servicios para aquellas personas bajo el  
régimen de las prestaciones previsionales para agentes que padecen  
de una discapacidad (ley 10.593).

\*Los servicios provinciales deben exceder a los nacionales.

**2. JUBILACION POR EDAD AVANZADA**

**REQUISITOS**

Para solicitar el beneficio el interesado deberá contar con:



- **65 años de edad cumplidos y un mínimo de 10 años de servicio con aportes al IPS.** Los servicios provinciales deben exceder los nacionales.

### **3. JUBILACION POR INVALIDEZ**

#### **REQUISITOS**

Este beneficio puede ser solicitado por agentes/funcionarios del Poder Judicial con una incapacidad laboral dictaminada del 66% o más.

**B) PARA INICIAR CUALQUIERA DE LOS TRAMITES ANTERIORES EL SOLICITANTE DEBERÁ PRESENTAR:**

#### **1- DOCUMENTACIÓN GENERAL**

- **DNI de frente y reverso (original y copia)** del o la solicitante;
- **Constancia de CUIL** expedida por ANSES ([www.anses.gob.ar](http://www.anses.gob.ar));
- **Último recibo de sueldo (original y copia);**
- **Las 4 pantallas o SIJyP** (RUB, padrón histórico de Autónomos, movimientos anteriores a 7/94, movimientos posteriores a 7/94 y detalle de tabla de tramites de ANSES). Se deben solicitar personalmente en la UDAI de ANSES más cercana a su domicilio con su DNI.
- **Si usted es abogado o procurador**, constancia de certificado de matrícula expedida por el COLEGIO DE ABOGADOS donde se inscribió.

#### **2- DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA**

**Para agentes y/o funcionarios que se hayan desempeñado en otros organismos provinciales:**

- **Certificación de servicios y remuneraciones** (formulario 2828) en original, en donde conste el porcentaje jubilatorio realizado.
- **Acto administrativo de designación y cese** (copia certificada). Dicha documentación debe ser solicitada ante la Dirección de Personal de su anterior Empleador.



**Para agentes y/o funcionarios con aportes a otras cajas previsionales, servicios autónomos y/o monotributistas:**

- Expediente de Reconocimiento de Servicios (original): emitido por la respectiva Caja Previsional o copia digital con firma del organismo que lo emite.
- Cuando se presente un **Reconocimiento de Servicios de ANSES** con servicios desempeñados en el **ámbito público o privado** deberá contar con las pertinentes certificaciones de servicios y formulario de afectación de haberes, debiendo coincidir las fechas del periodo reconocido con las mismas. En el supuesto caso que la empresa privada no exista en la actualidad y no se cuente con la documentación solicitada, se deberá evaluar en el Area la situación en particular.
- Cuando se presente un **Reconocimiento de Servicios de ANSES** con servicios autónomos y/o monotributistas, se deberán agregar las siguientes **constancias impresas emitidas por la AFIP**, las cuales se obtienen desde la página web de dicha Administración Federal ingresando con clave fiscal;
  - Sistema Registral de Datos –pantalla **REFLEJO DE DATOS REGISTRADOS**, a través del Botón Exportar;
  - Historial de Categorías –pantallas de **CATEGORÍAS HISTÓRICAS DE AUTÓNOMOS y/o CATEGORÍAS HISTÓRICAS MONOTRIBUTISTAS**.(Se descarga con clave fiscal de la página de AFIP);
  - **Sólo serán computados los servicios AUTÓNOMOS reconocidos como "FEHACIENTES"**, en el marco de la circular 65/17 de ANSES, de lo contrario los mismos no serán tenidos en cuenta.

En caso de poseer más de un expediente de Reconocimiento, deberán traerse los mismos.

Deberán traer las certificaciones de servicios y formularios de afectación de haberes de los servicios desempeñados en el orden nacional en el ámbito público. Deberán coincidir las fechas de las mismas con lo que se traiga reconocido en el expediente nacional (ANSES).



- **En caso que usted haya sido docente** deberá solicitar el código docente y cese correspondiente. Si dependiera de la Dirección General de Cultura y Educación (si fue docente en el ámbito público) deberá presentarse ante el Representante Legal del colegio a fin de que el mismo proceda a la carga correspondiente en la plataforma ABC. En caso de depender de la DIPREGEP (si fue docente en el ámbito privado) sucede lo mismo, pero cargando los datos a través de la plataforma SAP, ya sea a los fines de ser tomados dichos servicios para el derecho jubilatorio como para el pago de antigüedad.
  - Téngase en consideración que, si los servicios docentes fueron desempeñados en calidad de titular, es necesario contar con la respectiva resolución de cese.
  - En caso de haber sido provisionales o suplentes, se acompañará un certificado con la última percepción de haberes.
  - En caso de obtener el código docente en forma digital, el mismo deberá contar con la correspondiente firma digital a los fines de su consideración; y de no figurar la firma digital en el código, se deberá acompañar la constancia emitida por el IPS donde figure que la misma está generada y con firma digital.

Si la docencia fue desempeñada en el **ÁMBITO NACIONAL** debe contar con la pertinente certificación de servicios que lo acredite.

### **IMPORTANTE**

DEBERÁ CONCURRIR A NUESTRA OFICINA 6 (SEIS) MESES ANTES DE LA EVENTUAL FECHA DE RENUNCIA SI SUS APORTES SON EN EL PODER JUDICIAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES EN SU TOTALIDAD, PARA LO CUAL DEBERÁ SOLICITAR UN TURNO Y ACOMPAÑAR TODA LA DOCUMENTACION.

DEBERÁ CONCURRIR A NUESTRA OFICINA 12 (DOCE) MESES ANTES DE LA EVENTUAL FECHA DE RENUNCIA SI SUS APORTES FUERON REALIZADOS A VARIAS CAJAS PREVISIONALES A LOS FINES DE EVALUAR LA DOCUMENTACION, PARA LO CUAL DEBERÁ SOLICITAR UN TURNO Y ACOMPAÑAR TODA LA DOCUMENTACION.





*Suprema Corte de Justicia  
Provincia de Buenos Aires*

**OFICINA DE JUBILACIONES – SECRETARÍA DE PERSONAL  
DE SCBA**

**PENSIONES DL9650/DL7918**

**DOCUMENTACIÓN GENERAL NECESARIA:**

- DNI de frente y reverso (original y copia) del solicitante;
- Constancia de CUIL o CUIT expedida por ANSES ([www.anses.gob.ar](http://www.anses.gob.ar));
- Cuatro (4) pantallas de ANSES del fallecido y del solicitante;
- Certificado de defunción digital (original y copia).

**DOCUMENTACIÓN ESPECIFICA NECESARIA:**

**1- Si el solicitante es el viudo/a:**

- Acta de matrimonio digital actualizada con fecha posterior al fallecimiento (original y copia);
- Si es divorciado/a: Testimonio de la Sentencia judicial donde conste que el fallecido tenía la obligación alimentaria con el solicitante.

**NOTA:** El viudo/a legalmente casado con el agente fallecido, que se encontraba separado/a de hecho al tiempo del fallecimiento, pierde el derecho a la pensión. Si hubiera discrepancia de domicilio entre el certificado de defunción y el domicilio obrante en el DNI, deberá presentar información sumaria judicial, aclarando dicha circunstancia y elementos de prueba que acrediten que no está incurso en las causales judiciales de pérdida del derecho del art. 39 de la Ley 9650.



**2- Si lo solicita el padre, madre o tutor para los hijos menores de 18 años:**

- Partida de nacimiento digital actualizada de los hijos;
- DNI del solicitante y de los hijos;
- Testimonio de la designación judicial (en caso que lo solicite un tutor).

**3- Si lo solicitan hijos mayores de 18 años y hasta 25 años solteros, que no trabajen ni perciban otro beneficio:**

- Partida de nacimiento digital de los hijos (original y copia);
- DNI del solicitante y de los hijos;
- Certificado de alumno regular actualizado que acredite tal circunstancia al fallecimiento del causante y en la actualidad, más Declaración Jurada para hijos solteros que no trabajen.

**NOTA:** Si se encontrare incapacitado, deberá acreditar dicho extremo y demostrar que se encontraba a cargo del causante.

**4- Si lo solicita el/la conviviente:**

- Pruebas que acrediten la convivencia (factura de gastos de sepelio, aviso fúnebre, contratos, impuestos, información sumaria judicial que acredite convivencia en aparente matrimonio, etc.). El tiempo de convivencia a acreditar es de 2 años inmediatos anterior al fallecimiento – si existieren hijos en común o bien el causante era soltero, viudo, separado legalmente o divorciado – y de 5 años si no se diere ninguno de los supuestos mencionados anteriormente.



**SOLICITUD DE JUBILACIÓN ORDINARIA, INVALIDEZ, EDAD AVANZADA (Decreto-Ley N° 9650/80)**

Vigencia 11/05/22  
hoja 1 de 4

Fecha..... de ..... de.....

SOLICITUD N°:

Marcar con una X lo que corresponda

BENEFICIO SOLICITADO: **JUBILACIÓN**  Ordinaria  Invalidez  Edad avanzada

MODALIDAD:  Con cese definitivo  Por cierre de cómputos

Deberá ser llenado en todos los casos por el SOLICITANTE

**1. DATOS DEL SOLICITANTE**

Apellido/s  Nombre/s  CUIL  Fecha último cese

Fecha de Nacimiento  DNI  Doc.Extr.  Mail (\*)  Teléfono fijo  Teléfono celular

Domicilio real  Localidad

Código Postal  Partido  Provincia  País

Domicilio constituido (Ley de Procedimiento Administrativo Dto- Ley 7647/70 - Arts. 24, 25 26 y 27) (\*)  
Calle 13 n 805 piso 8  Localidad La Plata  Código Postal 1900

Estado civil (Indicarlo con una X donde corresponda)  
 Soltero/a  Casado/a  Viudo/a  Conviviente  Separado/a legalmente o Divorciado/a

Desde...../...../.....Acción judicial iniciada ante juzgado N°.....Secretaría.....  
(Completar solo en el caso de tildar "Separado/a legalmente o Divorciado/a".)

Capacidad restringida  Sistema de apoyo  Necesita curador En estos últimos casos deberá completar el punto N°3

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

**2. DATOS DEL APODERADO**

Relación: Abogado  Agrega IUS  Delegado  Gestor  Familiar hasta 4° grado de consanguinidad

Apellido/s  Nombres  CUIL/CUIT

DNI  Doc. Extr.  Mail (\*)  Teléfono Fijo  Teléfono Celular

Domicilio constituido (Ley de Procedimiento Administrativo Dto- Ley 7647/70 - Arts. 24, 25 26 y 27) (\*)  
Calle 13 n 805 piso 8  Localidad La Plata  Código Postal 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 Provincia. de Buenos Aires.



Deberá ser llenado por el CURADOR o apoyo (en los casos que corresponda)

**3-Sistema de apoyo/ Curatela**

**Datos de la Causa**

Carátula

Juzgado Radicación

Localidad

**Datos deL curador / apoyo**

Apellido/s

Nombre/s

CUIL





Declara bajo juramento y bajo su absoluta responsabilidad "que la Curatela / Apoyo continúa vigente en todos sus efectos" y agrega: .....

Deberá ser llenado en todos los casos por el Solicitante

**4. Familiares con posible derecho a pensión**

Apellido/s y nombres completos	Incapacitado	Otro beneficio	Parentesco	CUIL	Fecha de nacimiento		
					Día	Mes	Año
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					

Deberá ser llenado en todos los casos por el Solicitante

**5. Observaciones**

Percibirá en el Banco.....Provincia.....Sucursal.....

Importante: En caso de percibir en el exterior del país, deberá tener presente el requisito de acreditación de supervivencia comunicado en nuestro sitio web institucional.

Deberá ser aceptado o no y llenado por el Solicitante

**6. Declaración jurada impuesto a las ganancias (opción)**

Acepto

No acepto

**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.

**Opción:** Conforme a lo informado precedentemente notifico que en caso de percibir haberes retroactivos, efectuó la opción de imputación prevista en el segundo párrafo del inciso b) del Art. 18 de la ley de impuesto a las ganancias N° 20628 (T.O. 1986 y modificatorias): a condición de que dicha imputación genere saldo de impuesto a favor de este beneficiario.



Deberá ser llenado por el SOLICITANTE

**7. Declaración Jurada - No tiene otra actividad, no posee otro beneficio, percibe o no anticipo jubilatorio**

Trabaja en otros servicios distintos a los que trae para obtener el beneficio jubilatorio? Si  No

En caso afirmativo. ¿Desde que fecha?

Trabaja en relación de dependencia  Trabaja en forma independiente

En caso de relación de dependencia, indicar la actividad que actualmente desempeña o cargo electivo, mencionando repartición y calidad de los servicios (comunes / docentes).....  
.....

A su vez, quien suscribe declara BAJO JURAMENTO:

1°.-Que me comprometo a comunicar expresamente y por escrito a este Instituto de Previsión Social, en el expediente que tramita el beneficio previsional dentro de los primeros treinta (30) días de reingreso a la actividad.

2°.-Que no poseo beneficio ni gestionaré trámite jubilatorio ante ninguna de las cajas adheridas al sistema de reciprocidad por decreto - Ley 9.613/46.

2°.-Que en el marco de la Ley 12.950 y modificatorias PERCIBO  NO PERCIBO  Anticipo jubilatorio otorgado por el empleador.

(En caso afirmativo, indicar empleador.....)

Deberá ser llenado por el SOLICITANTE según corresponda

**8. Declaración Jurada servicios con aportes en otras cajas (que no sea IPS)**

Por la presente declaro BAJO JURAMENTO: conocer los terminos del Art. 168 de la Ley 24.241 y que los servicios detallados a continuación fueron todos los desempeñados por mí con aportes en los distintos regímenes de previsión en organismos nacionales, provinciales, municipales, cajas de profesionales, de las fuerzas armadas, policiales o administradoras de fondos de jubilaciones y pensiones públicas o privadas.

Que en el caso de omisión de actividades, de la que pudiera resultar la NULIDAD del derecho por el Instituto de Previsión Social de la Provincia de Buenos Aires, **acepto reintegrar**, del modo que el organismo determine, los cargos que resulten por tal consecuencia.

**Servicios desempeñados en otras entidades previsionales**

Nº de expediente	Caja	Empleador	Tarea/Cargo	Código	Desde	Hasta

Observaciones.....

**Importante:** La omisión o falsedad en las presentes declaraciones juradas será pasible de la pena establecida en el Art. 293 del Código Penal

**Artículo 293:** "Será reprimido con reclusión o prisión de uno a seis años al que insertare o hiciese insertar en un instrumento público, declaraciones falsas, concernientes a un hecho que el documento deba probar, de modo que pueda resultar perjuicio"



Deberá ser llenado de manera opcional por el SOLICITANTE completando todos los datos requeridos

**9. Solicita cargo de mayor jerarquía, trabajado durante 36 meses consecutivos / 60 alternados**

Denominación del cargo.....

Período en que trabajó.....

Organismo / Ente / Repartición:.....

Acompaña documentación: Si  No

Deberá ser llenado por el SOLICITANTE

**10. Firma del SOLICITANTE**

Firma.....Aclaración.....Lugar y Fecha.....

Espacio para ser llenado exclusivamente por Funcionarios del IPS

**11. Certificación de identidad y firma por autoridad competente (\*\*)**

La Plata,

.....

Lugar y fecha

Sello del área

Firma

Aclaración y cargo

(\*\*) 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.



**CARTA PODER PARA TRAMITAR**

**QUIEN SUSCRIBE :**

Apellido/s		Nombre/s			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
DNI <input type="checkbox"/>	Doc.Extr. <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento	Nacionalidad	CUIL	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Domicilio: Calle	Nº	Piso	Dpto	Localidad	Código Postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mail	Teléfono		En carácter de:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		Beneficiario <input type="checkbox"/> Representante legal <input type="checkbox"/>		

**OTORGA PODER A: TIPO DE TRAMITE: (A)**

Apellido/s	Nombre/s	Carácter	Nº Matricula Profesional
Georgieff	Silvina	apoderada	<input type="text"/>
DNI <input type="checkbox"/>	Doc.Extr. <input type="checkbox"/>	Mail	Teléfono Celular
22928735		consultasjubilatorias@jusbuenosaires.gov.ar	int 4300
Domicilio: Calle	Nº	Piso	Dpto
13	805	8	
		Localidad	Código Postal
		La Plata	1900

(Ley de Procedimiento Administrativo Dto - Ley 7647/70- Art. 24,25,26 y 27)

Para que en su nombre y representación actúe ante este organismo provincial, relevando de las consecuencias de este mandato por los actos de su Apoderado a este Instituto. Los datos registrados en la presente CARTA PODER revisten carácter de **DECLARACIÓN JURADA**, manifestando conocer las penas impuestas por el Código Penal por el delito de insertar o hacer insertar declaraciones falsas.

\_\_\_\_\_  
Firma del Apoderado/a

\_\_\_\_\_  
Firma del Poderante

**CERTIFICACIÓN DE IDENTIDAD Y FIRMA POR AUTORIDAD COMPETENTE (\*)**

Certifico que los datos consignados son copia fiel de los obrantes en los documento/s de identidad que en cada caso se indica que tuvo a la vista y que las firmas estampadas fueron colocadas en mi presencia.

.....  
Lugar y Fecha                      Sello                      Firma                      Aclaración de Firma y Cargo

(\*) Únicamente podrán certificar Agentes del IPS destinados a tal efecto, Juez de Paz, Autoridad Consultar 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.



## NOTAS:

(A): El Apoderado del beneficiario a través de esta Carta Poder puede representar al mismo a través de su sola firma en todos los trámites previsionales ante este Instituto de Previsión Social (IPS), excepto en los siguientes casos que son de carácter personalísimo:

1. Iniciación del trámite previsional ( Jubilación, Pensión o Reconocimiento de Servicios) donde debe estar certificado el formulario de iniciación correspondiente con la firma del beneficiario por Agente de IPS destinados a tal efecto, Juez de Paz; Autoridad Consular competente, Escribano con registro 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.
2. Firma de Declaraciones Juradas que deben ser suscriptas sólo por el beneficiario.
3. Asumir compromisos de Pago de Deudas en nombre del beneficiario.

(B): Para que en su nombre y representación actúe ante este Instituto de Previsión Social (IPS) dentro de los términos y limitaciones que fija el Decreto Ley 8893/77 y modificatorias y demás legislación concordante, relevando a este Instituto de este mandato por los actos de su Apoderado. Asimismo, Poderdante y Apoderado asumen el compromiso de informar dentro de los treinta (30) días de producido, todo cambio en sus datos que fueron consignados más arriba, como también ante la revocación del poder por parte del Poderdante o la renuncia del Apoderado al mandato conferido. La representación puede ser a través de :

- a. Cónyuge
- b. Parientes: Hasta 4º grado de consanguinidad ó 3º grado de afinidad
- c. Abogados (\*)
- d. Procuradores (\*)
- e. Gestores (\*)
- f. Tutores, Curadores, Representantes necesarios (\*\*)
- g. Representantes designados por asociaciones de jubilados y pensionados con personería jurídica debidamente autorizados por el IPS. (\*)
- h. Representantes designados por asociaciones de trabajadores con personería gremial debidamente autorizados por IPS. (\*)
- i. Gestores oficiales designados por organismo o dependencias nacionales (\*) (\*\*\*)
- j. Gestores oficiales designados por organismo o dependencias provinciales (\*) (\*\*\*)
- k. Gestores oficiales designados por organismo o dependencias municipales (\*) (\*\*\*)

(\*) Los abogados, procuradores, y representantes legales deberán estar inscriptos en el Registro de Profesionales del IPS. Resolución 11/12

(\*\*) La representación deberá acreditarse mediante testimonio judicial o documentación que demuestre el vínculo, salvo supuesto fundado en que no resulte pertinente.

(\*\*\*) Estos Gestores de Organismos o Dependencias deberán acompañar esta Carta Poder con la designación como delegados suscripta por la autoridad superior del organismo o dependencia correspondiente.

## VALIDEZ DE LA CARTA PODER

1. El presente trámite tendrá validez por un período de ciento veinte (120) días entre la fecha de su procesamiento y la fecha de ingreso al IPS, vencido el mismo quedará sin efecto.
2. La presente Carta Poder tendrá validez por dos (2) años contados desde su fecha de ingreso al IPS.

## SEÑOR BENEFICIARIO:

**Recuerde que para realizar cualquier trámite deberá presentar si es argentino o naturalizado DNI y si es extranjero CI ó DNI.**

**Para cualquier consulta puede dirigirse a la Sede Central  
del IPS, al Centro de Atención Previsional más  
cercano a su domicilio ó llamar al 148**



## CARTA PODER PARA TRAMITAR

### QUIEN SUSCRIBE :

Apellido/s		Nombre/s				
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>				
DNI <input type="checkbox"/>	Doc.Extr. <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento	Nacionalidad	CUIL		
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Domicilio: Calle		Nº	Piso	Dpto	Localidad	Código Postal
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Mail		Teléfono		En carácter de:		
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>		Beneficiario <input type="checkbox"/> Representante legal <input type="checkbox"/>		

### OTORGA PODER A: TIPO DE TRAMITE: (A)

Apellido/s		Nombre/s		Carácter	Nº Matricula Profesional	
<input style="width: 100%; text-align: center; value: Muñiz;" type="text"/>		<input style="width: 100%; text-align: center; value: Mariano Emilio;" type="text"/>		<input style="width: 100%; text-align: center; value: apoderado;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
DNI <input type="checkbox"/>	Doc.Extr. <input type="checkbox"/>	Mail		Teléfono Fijo	Teléfono Celular	
<input style="width: 100%; text-align: center; value: 27823734;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; text-align: center; value: consultasjubilatorias@jusbuenosaires.gov.ar;" type="text"/>		<input style="width: 100%; text-align: center; value: 0221-4104400;" type="text"/>	<input style="width: 100%; text-align: center; value: int -;" type="text"/>	
Domicilio: Calle		Nº	Piso	Dpto	Localidad	Código Postal
<input style="width: 100%; text-align: center; value: 13;" type="text"/>		<input style="width: 100%; text-align: center; value: 805;" type="text"/>	<input style="width: 100%; text-align: center; value: 8;" type="text"/>	<input style="width: 100%; text-align: center; value: -;" type="text"/>	<input style="width: 100%; text-align: center; value: La Plata;" type="text"/>	<input style="width: 100%; text-align: center; value: 1900;" type="text"/>

**(Ley de Procedimiento Administrativo Dto - Ley 7647/70- Art. 24,25,26 y 27)**

Para que en su nombre y representación actúe ante este organismo provincial, relevando de las consecuencias de este mandato por los actos de su Apoderado a este Instituto. **Los datos registrados en la presente CARTA PODER revisten carácter de DECLARACIÓN JURADA**, manifestando conocer las penas impuestas por el Código Penal por el delito de insertar o hacer insertar declaraciones falsas.

\_\_\_\_\_

Firma del Apoderado/a

\_\_\_\_\_

Firma del Poderante

### CERTIFICACIÓN DE IDENTIDAD Y FIRMA POR AUTORIDAD COMPETENTE (\*)

Certifico que los datos consignados son copia fiel de los obrantes en los documento/s de identidad que en cada caso se indica que tuvo a la vista y que las firmas estampadas fueron colocadas en mi presencia.

Lugar y Fecha	Sello	Firma	Aclaración de Firma y Cargo
---------------	-------	-------	-----------------------------

(\*) Únicamente podrán certificar Agentes del IPS destinados a tal efecto, Juez de Paz, Autoridad Consultar 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.



## NOTAS:

(A): El Apoderado del beneficiario a través de esta Carta Poder puede representar al mismo a través de su sola firma en todos los trámites previsionales ante este Instituto de Previsión Social (IPS), excepto en los siguientes casos que son de carácter personalísimo:

1. Iniciación del trámite previsional ( Jubilación, Pensión o Reconocimiento de Servicios) donde debe estar certificado el formulario de iniciación correspondiente con la firma del beneficiario por Agente de IPS destinados a tal efecto, Juez de Paz; Autoridad Consular competente, Escribano con registro 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.
2. Firma de Declaraciones Juradas que deben ser suscriptas sólo por el beneficiario.
3. Asumir compromisos de Pago de Deudas en nombre del beneficiario.

(B): Para que en su nombre y representación actúe ante este Instituto de Previsión Social (IPS) dentro de los términos y limitaciones que fija el Decreto Ley 8893/77 y modificatorias y demás legislación concordante, relevando a este Instituto de este mandato por los actos de su Apoderado. Asimismo, Poderdante y Apoderado asumen el compromiso de informar dentro de los treinta (30) días de producido, todo cambio en sus datos que fueron consignados más arriba, como también ante la revocación del poder por parte del Poderdante o la renuncia del Apoderado al mandato conferido. La representación puede ser a través de :

- a. Cónyuge
- b. Parientes: Hasta 4º grado de consanguinidad ó 3º grado de afinidad
- c. Abogados (\*)
- d. Procuradores (\*)
- e. Gestores (\*)
- f. Tutores, Curadores, Representantes necesarios (\*\*)
- g. Representantes designados por asociaciones de jubilados y pensionados con personería jurídica debidamente autorizados por el IPS. (\*)
- h. Representantes designados por asociaciones de trabajadores con personería gremial debidamente autorizados por IPS.(\*)
- i. Gestores oficiales designados por organismo o dependencias nacionales (\*) (\*\*\*)
- j. Gestores oficiales designados por organismo o dependencias provinciales (\*) (\*\*\*)
- k. Gestores oficiales designados por organismo o dependencias municipales (\*) (\*\*\*)

(\*) Los abogados, procuradores, y representantes legales deberán estar inscriptos en el Registro de Profesionales del IPS. Resolución 11/12

(\*\*) La representación deberá acreditarse mediante testimonio judicial o documentación que demuestre el vínculo, salvo supuesto fundado en que no resulte pertinente.

(\*\*\*) Estos Gestores de Organismos o Dependencias deberán acompañar esta Carta Poder con la designación como delegados suscripta por la autoridad superior del organismo o dependencia correspondiente.

## VALIDEZ DE LA CARTA PODER

1. El presente trámite tendrá validez por un período de ciento veinte (120) días entre la fecha de su procesamiento y la fecha de ingreso al IPS, vencido el mismo quedará sin efecto.
2. La presente Carta Poder tendrá validez por dos (2) años contados desde su fecha de ingreso al IPS.

## SEÑOR BENEFICIARIO:

**Recuerde que para realizar cualquier trámite deberá presentar si es argentino o naturalizado DNI y si es extranjero CI ó DNI.**

**Para cualquier consulta puede dirigirse a la Sede Central  
del IPS, al Centro de Atención Previsional más  
cercano a su domicilio ó llamar al 148**



Fecha ...../...../.....

# Jubilación Ejecutiva

## JUBILACION ORDINARIA - EDAD AVANZADA

### Completa con Servicios

Docentes  
Provincial

  

Municipales  
Otras Provincias

  

### Renuncia al ...../...../.....

ANSES

Banco en el que percibirá .....

**Nombre:** ..... Fecha de Nacimiento ...../...../.....

**DNI** ..... Lugar de Nacimiento .....

**TEL//** (.....) .....

Mail:.....

**DOMICILIO** .....

**CIUDAD**..... **C.P** (.....)

### DOCUMENTACION SOLICITADA

Solicitud de JE		Firmada x SG	
Impuestos			
Renuncia//Acuerdo			
DNI		Certificado	
Recibo de haberes		Certificado	
Foja de Servicios		Certificado	
Certificado otros organismos			
Constancia de matricula			
certificacion ex combatientes			
CUIL			
Certif. Negativo			
4 pantallas de ANSES			
Poder			
RECONOCIMIENTO DE ANSES - EXPEDIENTE			
RECONOCIMIENTO DE OTRAS CAJAS			

Estado Civil .....

Fecha de Casamiento ...../...../.....

Nombre del Conyuge/conviviente

Fecha Nac/ ...../...../.....

DNI Conyuge.....

¿Trabaja?  si  no

### HIJOS

**Nombre y Apellido .**

DNI .....

fecha de Nacimiento ...../...../.....

**Nombre y Apellido .**

DNI .....

fecha de Nacimiento ...../...../.....

Dejo constancia de haberme asesorado por la continuidad del seguro de vida respecto a su caducidad, luego de los 90 dias posteriores al CESE. Asimismo, ACEPTA el trámite por jubilacion ejecutiva en los terminos del formulario que firma al pie.

**Me comprometo a PRESENTAR la RENUNCIA con 90 dias de ANTICIPACION a la fecha de CESE consignada y a .....**

.....  
Firma y aclaración



# JUBILACION EJECUTIVA

RENUNCIA AL DIA: ...../...../ 2023

1.- Presentar renuncia ante su superior jerárquico en el mes de ..... para que sea aceptada a partir de la fecha indicada más arriba. Luego deberá remitirla a la Secretaria de Personal de la Suprema Corte, con certificación de la firma del renunciante., por mail a la MEU (Mesa de Entradas Única) – meu@jusbuenosaires.gov.ar.

Texto Modelo de renuncia:

Me dirijo a Ud/V.S. a fin de presentar mi renuncia al cargo de ..... a los fines jubilatorios.  
Solicito que sea aceptada a partir del día ..... del mes de ..... del año 20....  
Saludo a Ud atte/ Dios guarde a V.S.

2.- Concurrir personalmente con DNI, al Banco Provincia de la sucursal seleccionada por Ud. el día de cobro conforme el cronograma de PAGOS del IPS.

(ver el mismo en la página <http://www.ips.gba.gob.ar> ). Consultar en el Banco para obtener la tarjeta de débito.

**IMPORTANTE.** EL DIA QUE RENUNCIA YA NO SE CONCURRE MAS AL LUGAR DE TRABAJO.

LOS PRIMEROS DIAS DEL MES DE ----- SE COBRA EL ULTIMO HABER EN ACTIVIDAD.  
A FINES DE -----SE COBRA EL PRIMER HABER JUBILATORIO.

## Indicaciones Generales

- ❖ Se hace saber que el primer haber jubilatorio se cobra por ventanilla en el Banco elegido por Ud. con DNI.
- ❖ A partir del segundo cobro se podrá realizar por cajero automático con la tarjeta Bapro que le entrega el Banco.
- ❖ Para poder continuar con la Obra Social, debe concurrir a realizar el trámite en las oficinas más cercana de I.O.M.A con el recibo de cobro como jubilado.



❖ Todo reclamo de vacaciones no gozadas para que le sean abonadas, se realizan posteriormente al día de la renuncia ante su titular, el cual certificará que efectivamente ha trabajado en la feria y que hasta la fecha de cese no ha compensado total o parcialmente. El trámite se realiza en – Secretaria de Personal – Oficina de Licencias por mail (licencias-lp@jusbuenosaires.gov.ar).

❖ El cobro de sueldos por RETRIBUCION ESPECIAL en caso de corresponderle se hará efectivo aproximadamente a los 90 días a partir de la fecha de cese y se deposita en la cuenta sueldo del Poder Judicial.

❖ Si se encontrara cubierto por el seguro de vida colectivo tiene 60 días desde la fecha de cese para solicitar la continuidad. Pasado dicho plazo, se perderá el derecho a continuar la póliza durante la jubilación. El trámite se realiza en el piso 8 de la Torre de Tribunales – Secretaria de Personal – Oficina de Prestaciones Sociales.

❖ Si se jubila por incapacidad física, deberá completar los formularios correspondientes y acompañar la documentación que se requiere para el cobro del subsidio y en caso de corresponder del seguro. El trámite se realiza en el la Torre de Tribunales – Secretaría de Personal – Oficina de Prestaciones Sociales.

❖ Para quienes estén comprendidos, deberán presentar 40 días de antelación a la fecha de cese – la correspondiente declaración jurada patrimonial, la cual se realiza por internet de la página de la Suprema Corte. Este es requisito indispensable para aceptar la renuncia. A tal fin comunicarse con la Oficina de Declaraciones Patrimoniales, calle 11 N°731 entre 46 y 47 – La Plata. TE 0221-410-4400 int. 55155.

❖ Para cualquier consulta, llamar al 0221-410-4400 internos 43640 // 44538 //. Antes de realizar cualquier reclamo en el IPS comunicarse previamente con ésta oficina de jubilaciones.



## CONTINUACIÓN DE SEGUROS DE VIDA

**A los 80 años caduca, sin existir la posibilidad de continuar.**

El capital asegurado de la póliza de continuación queda fijo, siendo éste el correspondiente al último que tuvo en actividad (último sueldo percibido).

El agente tendrá como opción reducir el capital asegurado.

La cuota a pagar es superior a la que se abona en actividad, ya que la tasa se modifica en cada anualidad de la póliza, momento en que se refactura.

**La tasa de la póliza continuación hasta el 30/6/22 es: 1,93 x cada \$1.000 de capital asegurado.**

Entonces, la prima mensual a abonar se calcula multiplicando el capital asegurado x 1,93 y dividiendo el resultado por 1000.

**Por ejemplo: Capital \$ 1.500.000 x 1,93 / 1000 = \$ 2.895 aprox. (+ IVA)**

El asegurado que se acoja a los beneficios jubilatorios tendrá la posibilidad a partir del cese (por Dec. del P.E. -jueces- o por Res. del P. Judicial) de optar por la continuación del seguro. El plazo para hacerlo es dentro de los treinta (30) contados desde el último día del mes en que haya dejado de prestar servicios.

En caso de continuar deberá expresar en forma fehaciente la voluntad de hacerlo; para ello el agente deberá completar las planillas de solicitud de continuación y la solicitud de designación/actualización de beneficiarios.

El agente estará asegurado por todo el mes en curso en el que haya presentado la renuncia (por ejemplo si renunció con fecha de agosto, estará cubierto hasta el 31 de ese mes) ya que con el último sueldo percibido, le será descontada la prima.

Como Provincia Seguros no tiene convenio con el I.P.S. para realizar descuentos, el pago de las cuotas de los seguros, se realizarán por medio de una chequera o con la modalidad que determine la Aseguradora.

**De todo lo explicitado precedentemente, me doy por notificado.**

**OPCIÓN DE CONTINUACIÓN:** ..... (escribir de puño y letra SI / NO)

.....  
Lugar y Fecha

.....  
Firma y Aclaración