

SOLICITUD DE RECLAMO

Vigencia 22/07/16
hoja 1 de 2

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

RECLAMO N°:

Oficina de atención: Informaciones generales (Sede central) CAP.....

Deberá ser llenado en todos los casos por el SOLICITANTE

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido/s Nombre/s CUIL

Fecha de Nacimiento DNI Doc.Extr. 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

(*) 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.

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) (*) Localidad Código Postal

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

Vigencia 22/07/16
hoja 1 de 2

Agrega nota: SI NO

Solicitud de vista y / o desarchivo SI NO

Este espacio es llenado en todos los casos por el sistema

4. DATOS DEL TURNO WEB

Turno	Trámite	Estado	Fecha
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Atendido por

Comentario

Deberá ser aceptado o no y llenado por el beneficiario

5. DECLARACIÓN JURADA DE 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, EFECTÚO 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 BENEFICIARIO/APODERADO

6. Firma del BENEFICIARIO / APODERADO

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

Espacio para ser llenado exclusivamente por funcionario del IPS

7. CERTIFICACIÓN DE IDENTIDAD Y FIRMA POR AUTORIDAD COMPETENTE (**)

Certifico que los datos consignados en los recuadros 1, 2, y 6 son copia fiel del / los obrante/s en el documento/s de identidad que en cada caso se indica que tuve a la vista y que la firma en el recuadro 11 fueron colocados en mi presencia.

.....
Lugar y fecha	Sello del área	Firma	Aclaración y cargo o sello

(**) 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.