

Ciencias Económicas
CAJA | BUENOS AIRES

Caja de Seguridad Social para Profesionales en Ciencias Económicas de la Provincia de Buenos Aires

El que suscribe: Legajo:
 Documento de Identidad: Tipo: Número:
 Con domicilio:
 Teléfono: Dirección de E-mail:

Solicita la restitución de los aportes excedentes generados en el año 2.011, según el art. N° 32 de la Ley 12.724, conforme a la opción anual establecida en el artículo 10° de la Resolución 3050 y modificatorias texto ordenado por Resolución 3200 y ambas del Consejo Directivo de Consejo Profesional. Los importes disponibles se determinarán luego de la afectación que corresponda según detalle obrante en el apartado B) en la presente solicitud y tendrá el destino detallado en el apartado C) del mismo.

Detalle de afectación según normativa vigente:

- 1- Cuotas de planes vencidas e impagas al 31-12 del año de generación de los excedentes a restituir
- 2- Aportes mínimos devengados hasta el 31-12 del año de generación de los excedentes a restituir
- 3- Cuotas de préstamos vencidas e impagas al 31-12 del año de generación de los excedentes a restituir

Solicitud de afectación y/o restitución seleccionada por el afiliado. Indicar el nº de orden en cada casillero seleccionado.

☐	Aportes mínimos del año en curso			
☐	Cancelación anticipada de plan de financiación	Cuotas desde hasta	ó	cancelación total ☐
☐	Cancelación anticipada de préstamos	Cuotas desde hasta	ó	cancelación total ☐
☐	Retiro Total	ó	☐	Retiro parcial hasta \$

Los importes por los que no se haya solicitado restitución ni afectación en el presente formulario, quedarán en el año de origen de la cuenta de capitalización, conforme a la normativa vigente.

El afiliado confrontó los pagos registrados en el histórico de pagos imputados al año 2.011 con los comprobantes originales obrantes en su poder.

☐ Si ☐ No

Si de la confrontación surgieran diferencias entre los registros y los comprobantes, el afiliado deberá detallarlos en nota adjunta al presente. Aclaradas y solucionadas las mismas se procederá a la restitución y/o afectación del importe que corresponda.

El Profesional acepta los términos de la presente solicitud, y declara bajo juramento que los datos consignados en este formulario son correctos y completos, y que la presente solicitud se ha confeccionado sin omitir ni falsear dato alguno.

Lugar y fecha	Firma del Afiliado	Aclaración
---------------	--------------------	------------

Certificación de firmas y datos por parte de funcionario de la Caja, de las Delegaciones del C.P.C.E.P.B.A., Registro Público de Comercio, Escribano, Juez de Paz o Entidad Bancaria.

Certifico que la firma que antecede es auténtica y ha sido puesta en mi presencia.

Fecha: _____ Firma y sello del certificador