

SOLICITUD DE RESTITUCIÓN
Opción anual – Restitución Aportes excedentes
art. N°10 Resolución de Consejo Directivo N° 3050



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

APARTADO A

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 2.013, 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 del 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.

APARTADO B

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

APARTADO C

Solicitud de afectación y/o restitución seleccionada por el afiliado. Indicar el n° 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.

APARTADO D - No obligatorio pero altamente recomendable -

El afiliado confrontó los pagos registrados en el histórico de pagos imputados al año 2.013 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 certificante