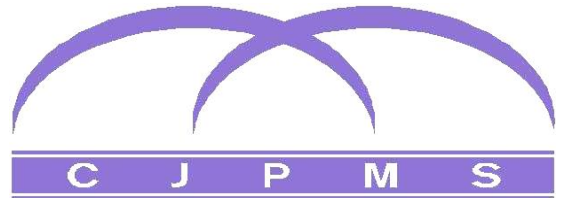


**Caja de Jubilaciones y Pensiones para
Médicos de la Provincia de Salta**

Ley N° 6.556/89 - Modificatoria Ley N° 6.787/95 y Ley N° 7507/08
España N° 311 - C.P. 4400 - Salta (Capital) - Tel./Fax: (0387) 4224180
e-mail: institucional@cjpm.org.ar – web: www.cjpm.org.ar



Solicitud N°:

GARANTIAS - ANEXO III

DATOS DEL GARANTE

Fecha: _____

Apellido y Nombres:	_____
N° de Matrícula:	_____ C.U.I.L. / C.U.I.TN°: _____
Domicilio Real y Nro.:	_____ Piso/Dto: _____
Localidad/ Pcia.:	_____ C.P. _____
Nacionalidad:	_____ D.N.I.: _____ Edad: _____
Fecha de Afiliación:	_____ Antigüedad Matrícula: _____ Cat.: _____
Teléfono Personal:	_____ Teléfono Laboral: _____
Mail:	_____
Estado Civil:	_____

Documentación Adjunta

a) Copia D.N.I. (frente y reverso).

.....
Firma y Aclaración Garante¹

.....
Firma y Aclaración Solicitante²

Intervino:

Supervisó:

¹ La Firma del solicitante debe suscribirse ante personal interviniente de la Caja o presentarse con firma certificada ante escribano público.

² Ídem anterior.

DECLARACION JURADA DE INGRESOS GARANTE³

1) Ingresos en Relación de Dependencia ⁽¹⁾		
Nombre del Establecimiento		
Cargo Desempeñado	Antigüedad	Sueldo Neto Mensual \$ ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Deberá Adjuntar Copia Certificada por empleador de los últimos seis (6) Recibos de Sueldo.

2) Ingresos por Entidades (Círculos o Asociaciones Médicas) ⁽²⁾	
Nombre de la Entidad	
Desde	Monto Mensual Promedio \$ ⁽²⁾

⁽²⁾ Deberá Adjuntar Liquidaciones Efectuadas de los últimos seis (6) meses, junto con Certificado de ingresos emitido por la Entidad.

3) Ingresos por Ejercicios en Clínicas Privadas y Sanatorios ⁽³⁾	
Nombre del Establecimiento	
Domicilio	Localidad
Desde	Monto Mensual Promedio \$ ⁽³⁾

⁽³⁾ Deberá Adjuntar Facturación efectuada de los últimos seis (6) meses, junto DDJJ Rentas y/o Certificación de ingresos emitida por Contador Público.

4) Ingresos por Ejercicio en Consultorio Privado ⁽⁴⁾	
Domicilio	Localidad
Desde	Monto Facturado Promedio \$ ⁽⁴⁾

⁽⁴⁾ Deberá Adjuntar Listado de Facturación Emitida AFIP de los últimos seis (6) meses, junto con DDJJ Rentas y/o Certificación de ingresos emitida por Contador Público.

5) Otros Ingresos ⁽⁵⁾	
Concepto y Detalle	Monto \$ ⁽⁵⁾

⁽⁵⁾ Deberá Adjuntar Listado de Facturación Emitida AFIP de los últimos seis (6) meses, junto con DDJJ Rentas y/o Certificación de ingresos emitida por Contador Público.

DECLARO BAJO JURAMENTO que los datos consignados son exactos y veraces, y corresponden a los ingresos generados de mi ejercicio profesional y/u otros. Asimismo me notifico que cualquier falsedad, omisión u ocultamiento de información dará motivo al rechazo de la solicitud de préstamo, así como a la cancelación del mismo –en caso de ser aprobado-, atendiéndome a las demás sanciones disciplinarias que se pudieran establecer de acuerdo al Reglamento General. La presente declaración jurada de ingresos del garante se adjunta a mí solicitud de préstamo personal presentada ante la Caja de Jubilaciones y Pensiones para médicos de la Provincia de Salta.

.....
Firma y Aclaración Garante⁴

.....
Firma y Aclaración Solicitante⁵

<u>Intervino:</u>	<u>Supervisó:</u>

³ En el caso de que el Garante no sea afiliado a la Caja, se aceptarán únicamente Recibos de Sueldo.

⁴ La Firma del solicitante debe suscribirse ante personal interviniente de la Caja o presentarse con firma certificada ante escribano público.

⁵ Ídem anterior.