



Fondo Solidario (FACPCE) Declaración Jurada

Datos del titular

Matrícula N° _____ Fecha de Matrícula ____/____/____ e- mail _____@_____

Apellido y Nombre _____

Domicilio _____ N° _____ Piso ____ Dpto ____ Barrio _____

Ciudad _____ Provincia _____ Código postal _____ Teléfono _____

Ejercicio profesional en dependencia: Sector público ☐ Sector privado ☐

Obras sociales: _____

Tipo de documento _____ N° _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Estado civil Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐

Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐ Fecha de casamiento ____/____/____

Datos de los familiares (cónyuge e hijos)

Nombre y apellido	tipo doc	N° doc	parentesco	fecha de nacimiento	a cargo	O. Social	Incap.

Firma del titular

Córdoba, _____

Al señor Presidente del
Consejo Profesional de Ciencias
Económicas de Córdoba

Conforme a la Resolución N° 35/12, vengo a solicitar a Ud. quiera disponer mi inscripción en la **MATRICULA ESPECIAL PARA EL EJERCICIO EXCLUSIVO EN RELACION DE DEPENDENCIA (Ley N° 10.051 art. 57 2º parte)**, a cuyo efecto suministro los siguientes datos y documentación:

Apellido y Nombres: _____

Tipo y N° de documento de identidad: _____ Nacionalidad: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Estado civil: _____ C.U.I.L. _____

Domicilio particular y teléfono: _____

Datos del empleador: _____

Domicilio laboral y teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Título profesional: _____

Universidad: _____

Declaro bajo juramento no ejercer la profesión en forma liberal o independiente, ya sea parcial o totalmente, según lo normado por la Ley Nacional N° 20.488 y tener pleno conocimiento de los términos de la Resolución 35/12 del Consejo.

Firma

Recepción

Responsable de Matriculación

Secretario

Presidente

H. Consejo

Fecha de aprobación:

...../...../.....

Acta N°:.....

Estimado Profesional:

Con el objeto de instruir a los profesionales que solicitan su inscripción en nuestro Consejo, informamos a Ud. que a partir del 1° de Julio del 2007, está vigente la Resolución N° 16/07 mediante la cual se implementa el "Curso Introductorio Obligatorio para nuevos matriculados" normativa que rige el ejercicio de los profesionales en Ciencias Económicas, como así también en nociones básicas referidas a la organización de la Institución.

En la citada Resolución, se establece la obligatoriedad de realizar el mismo como requisito indispensable para obtener su matrícula definitiva, independientemente de las demás condiciones establecidas por el Reglamento de Matriculación, el plazo máximo es de un año calendario, contado a partir de la aprobación por parte del Consejo Directivo de la matrícula provisoria.

Si transcurrido el plazo establecido en el artículo anterior y no hubiere realizado el curso se remitirán los antecedentes a la Comisión de Fiscalización Profesional, en el supuesto que el profesional continúe con su conducta omisiva la citada Comisión, previo apercibimiento, elevará los antecedentes al Consejo Directivo para el correspondiente traslado de las actuaciones al Tribunal de Ética.

El dictado se ha previsto en forma periódica, podrá así optar por cualquiera de las ediciones antes de que se cumpla el plazo de un año señalado anteriormente.

En nuestro sitio de internet www.cpcecba.org.ar podrá encontrar información actualizada sobre la fecha prevista de los próximos cursos.

Quedamos a su disposición para brindar mayor información al respecto. Cordialmente.

Recibido:

Firma

Aclaración

Fecha

DECLARACIÓN JURADA DE ESTADO DE SALUD

1. Datos personales:

Matrícula N°: _____

1.1. Apellido y Nombres: _____

1.2. Sexo: _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla o Estatura _____

1.3. Lugar y fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Tipo y N° de documento: _____

1.4. Estado civil: _____ Nupcias: _____ Parentesco con el titular: _____

1.5. Composición del grupo familiar: _____

1.6. Domicilio actual: _____

2. Antecedentes hereditarios:

Enfermedades familiares: _____

3. Antecedentes personales:

3.1. Afecciones padecidas (especificar cuáles):

Cardiovascular ☐ Diabetes ☐ Neurológicas ☐ Osteoarticulares ☐ Psiquiátricas ☐

Cardiocirculatorias ☐ Respiratorias ☐ Digestivas ☐ Odontológicas ☐

Otras no especificadas: _____

3.2. ¿Se recomendaron intervenciones quirúrgicas? SI / NO ¿Cuál? _____

3.3. ¿Estuvo alguna vez internado SI / NO Especifique clínica/s y fecha/s _____

Motivo o diagnóstico de internación: _____

4. Estado actual:

4.1. Especificar tipo de afecciones padecidas en los últimos 6 meses, tratamiento médico u odontológico y medicación prescrita: _____

4.2. ¿Realizó estudios tales como ecografías, tomografías, resonancias magnéticas, etc.? SI / NO

4.3. ¿La visión es normal? SI / NO ¿La audición es normal? SI / NO

4.4. Enfermedad crónica: _____

4.5. Medicamentos habituales o permanentes: _____

4.6. ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento o atención médica u odontológica? SI / NO ¿Desde cuándo? _____

Motivo: _____

4.7. ¿Quién lo está atendiendo profesionalmente? _____

M.P.: _____ Domicilio: _____

4.8. Si el proponente fuere de sexo femenino debe indicar aquí si ha sufrido alguna vez de enfermedades ginecológicas, si actualmente está embarazada, y cuántos embarazos ha tenido: _____

5. Antecedentes quirúrgicos y accidentes:

Especificar cuáles y fecha de los mismos: _____

6. Grado de incapacidad actual Por accidentes y otras causas (en caso de tenerlas):

7. Posee implantes de: Prótesis, Stent, Marcapasos, etc.: SI / NO. Especificar: _____

Fecha del implante: _____

DECLARO bajo juramento: 1) que los datos consignados son exactos, obligándome a cumplir el Reglamento del Fondo Solidario de FACPCE, que manifiesto conocer; sometiéndome al mismo y a todas las resoluciones, normas y disposiciones que la Secretaría de Servicios Sociales de FACPCE ha establecido y establezca para los servicios que brinda; 2) no padecer enfermedad alguna, excepción hecha de las que precedentemente enumeré; 3) conocer y aceptar expresamente y sin ningún tipo de reservas los períodos vigentes de carencia para todas aquellas prestaciones originadas en enfermedades preexistentes a la fecha de mi ingreso, eventuales complicaciones o consecuencias directas y/o indirectas hasta el cumplimiento de los mismos; 4) conocer que la cobertura que brinda el Fondo Solidario oficiará con carácter de subsidio, por reintegro, y en forma complementaria a la obra social o sistema de salud primaria del beneficiario

Cuando se demostrare falsedad, reticencia u omisiones en la declaración efectuada por la presente, la Secretaría de Servicios Sociales de FACPCE adoptará las medidas que considere oportuna tendientes a corregir las faltas.

Quedo notificado fehacientemente de todo lo expuesto.

FIRMA DEL DECLARANTE

MATRÍCULA ESPECIAL PARA EL EJERCICIO EXCLUSIVO EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA

REQUISITOS SOLICITADOS Y CONDICIONES:

- a) Completar el formulario de Inscripción y los siguientes aplicativos vía on-line. Anexo I. Declaración de datos personales y familiares.
- b) Completar el formulario de Declaración Jurada de Salud.
- c) Presentar EL DIPLOMA ORIGINAL debidamente legalizado por las autoridades del **Rectorado y del Ministerio de Educación de la Nación**, sin enmarcar y fotocopia simple, tamaño A4, anverso y reverso.

Si aún no obrara en su poder el citado diploma, deberán presentar:

- **Egresados de la Universidad de Nacional de Córdoba, Río Cuarto y Villa María:** Certificado Provisorio en original, únicamente, que permanecerá en el Consejo hasta tanto le otorguen el diploma. En dicho certificado deberá constar: fecha de validez del mismo, como así también la fecha de egreso (última materia aprobada).
- **Egresados de la Universidad Católica de Córdoba, Universidad Blas Pascal, Universidad Empresarial Siglo 21, Instituto Universitario Aeronáutico:** presentando únicamente original de la Resolución Rectoral.
- Para los **profesionales egresados en otras provincias:** Original del Certificado o Resolución Rectoral expedido por la Universidad respectiva, en donde conste fecha de egreso y que la fecha de expedición del mismo sea de una antigüedad no superior a seis meses.

Una vez recibido el diploma deberá ser presentado en este Consejo para dar carácter definitivo a la matrícula obtenida (Art. 3º Reglamento de Matriculación).

- d) Adjuntar fotocopia de las dos primeras hojas del D.N.I. De haber cambio de domicilio adjuntar página correspondiente.
- e) Una (1) foto color actualizada 4 x 4 de frente, tamaño carnet.
- f) Constancia de CUIL / CUIT del profesional.
- g) Copia de Recibo de Sueldo y/o Certificado de Trabajo.
- h) Si el profesional hubiera estado inscripto en algún otro/s Consejo/s, deberá presentar certificado de cada uno de ellos, donde conste que no registra deuda ni sanciones, aún cuando dicha inscripción se encontrara cancelada.
- i) Presentarse personalmente en el Dpto. de Comunicación y Servicio a la Matrícula, en el horario de **7:30 a 18:00 hs.**, con la documentación anteriormente indicada y munido de su documento de identidad., a los efectos de efectuar su registro de firma.

RECOMENDACIONES ESPECIALES:

- **Para las profesionales casadas:** deberán completar la documentación con el apellido que figure en el documento de identidad, diploma o certificado.
- **Para los profesionales que no pudieran concurrir personalmente a este Consejo:** deberán efectuar su registro de firma en la tarjeta correspondiente (solicitar en el Dpto. de Comunicación y Servicio a la Matrícula) ante Escribano Público, con la correspondiente certificación del Colegio de Escribanos de la Jurisdicción que corresponda, o ante autoridades competentes, a criterio del CPCE.

Firma

Aclaración

Tipo Doc. y N°

Fecha

Estimado Profesional:

Con el objeto de instruir a los profesionales que solicitan su inscripción en nuestro Consejo, informamos a Ud. que a partir del 1° de Julio del 2007, está vigente la Resolución N° 16/07 mediante la cual se implementa el "Curso Introductorio Obligatorio para nuevos matriculados" normativa que rige el ejercicio de los profesionales en Ciencias Económicas, como así también en nociones básicas referidas a la organización de la Institución.

En la citada Resolución, se establece la obligatoriedad de realizar el mismo como requisito indispensable para obtener su matrícula definitiva, independientemente de las demás condiciones establecidas por el Reglamento de Matriculación, el plazo máximo es de un año calendario, contado a partir de la aprobación por parte del H. Consejo de la matrícula provisoria.

Si transcurrido el plazo establecido en el artículo anterior y no hubiere realizado el curso se remitirán los antecedentes a la Comisión de Fiscalización Profesional, en el supuesto que el profesional continúe con su conducta omisiva la citada Comisión, previo apercibimiento, elevará los antecedentes al H. Consejo para el correspondiente traslado de las actuaciones al Tribunal de Ética.

El dictado se ha previsto en forma periódica, podrá así optar por cualquiera de las ediciones antes de que se cumpla el plazo de un año señalado anteriormente.

En el Departamento de Comunicación y Servicio a la Matrícula, y en nuestro sitio de internet www.cpceba.org.ar podrá encontrar información actualizada sobre la fecha prevista de los próximos cursos.

Quedamos a su disposición para brindar mayor información al respecto. Cordialmente.

Recibido:

Firma

Aclaración

Fecha

CONFORMACIÓN DEL ARANCEL PROFESIONAL - ERD

	Hasta 28 años	Desde 29 años
DERECHO PROFESIONAL	\$ 14.080	\$ 17.600

Aportes a la:

CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL (opcional)

Rangos Etarios	Categ. A (50%)	Categ. A	Categ. B	Categ. C	Categ. D
Hasta 29 años de edad	\$ 29.065	\$ 58.131	\$ 89.394	\$ 120.548	\$ 151.858
De 30 a 34 años de edad	\$ 72.696	\$ 145.392	\$ 223.491	\$ 301.769	\$ 379.896
De 35 a 39 años de edad	\$ 92.118	\$ 184.236	\$ 283.225	\$ 382.270	\$ 481.350
De 40 a 49 años de edad	\$ 101.761	\$ 203.523	\$ 312.891	\$ 422.319	\$ 531.912
De 50 años en adelante	\$ 106.651	\$ 213.302	\$ 327.923	\$ 442.681	\$ 557.366

(*) La cuota aguinaldo equivale al 8,33 % del valor de la escala. Los afiliados voluntarios podrán optar por ingresar sus aportes en las categorías A, B, C o D, como así también en la categoría reducida equivalente al cincuenta por ciento (50%) del aporte establecido para la categoría A.

COBERTURA SOCIAL MÉDICA (opcional)

Rangos etarios	Valor
29 años de edad	\$ 201.650
30 34	\$ 252.063
35 39	\$ 302.475
40 44	\$ 352.888
45 49	\$ 403.300
50 54	\$ 504.125
55 59	\$ 705.775
A partir de 60	\$ 907.425

Escala	Optativo	Titular
Edades	%	%
0-14	44	0
15-19	40	0
20-24	35	41
25-29	27	41
30-34	18	41
35-39	15	25,5
40-44	12	20
45-49	7,5	6,5
50-64	4	3

FIRMA:.....

Los vencimientos operan del 1° al 15 de cada mes. Opciones de pago: www.autogestión.cpcecba.org.ar