

CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA LOS PROFESIONALES DEL ARTE DE  
CURAR DE LA PROVINCIA DE SANTA FE – (Ley 12818)

**SEDE**  
25 de Mayo 1867 – P.B. – Santa Fe  
Tel./Fax (0342) 4593385 (siete líneas rotativas)

**DELEGACION**  
Jujuy 2150/54 – 2000 ROSARIO  
Tel./Fax (0341) 4251158 (cinco líneas rotativas)

**SOLICITUD DE CANCELACION DE AFILIACION A LA CAJA**

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Quien suscribe \_\_\_\_\_ Afiliado nº \_\_\_\_\_,  
DNI nº \_\_\_\_\_ de profesión \_\_\_\_\_ con domicilio declarado en calle  
\_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_, de la ciudad de \_\_\_\_\_, teléfono nº  
\_\_\_\_\_, solicita por la presente la **Cancelación de Afiliación a la Caja de  
Seguridad Social para los Profesionales del Arte de Curar de la Provincia de Santa Fe, en mérito al no  
ejercicio profesional en forma autónoma, y por el/los siguientes períodos:**

	Renovación
Desde ____/____/____ hasta el ____/____/____ inclusive.	<input type="checkbox"/>
Desde ____/____/____ hasta el ____/____/____ inclusive.	<input type="checkbox"/>
Desde ____/____/____ hasta el ____/____/____ inclusive.	<input type="checkbox"/>
Desde ____/____/____ hasta el ____/____/____ inclusive.	<input type="checkbox"/>
Desde ____/____/____ hasta el ____/____/____ inclusive. (si solicita más períodos continuar en otro formulario indicando que es continuidad de éste)	<input type="checkbox"/>

Asimismo solicito **continuar afiliado/ cancelar afiliación** a OSPAC. (TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA)

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Autorizo a que la Resolución de esta Cancelación como cualquier otra notificación que sea requerida en  
relación al presente trámite me sea enviada por correo electrónico a mi casilla de correo.

\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_.

Me notifico que, de conformidad con lo normado por el art. 11º de la Ley 12.818, es obligación del afiliado, comunicar en tiempo y forma fehaciente todo cambio de domicilio, siendo de mi exclusiva responsabilidad las consecuencias que pudieran derivar de tal incumplimiento. La Caja remitirá sus comunicaciones a la dirección que en la presente se declara, siendo válidas las mismas, hasta tanto el afiliado comunique fehacientemente que el mismo ha cambiado

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y ACLARACIÓN

\_\_\_\_\_  
CERTIFICACION FIRMA

**Acredita los hechos denunciados con la siguiente documental:**

- a) Copia DNI.
- b) Certificado actualizado (30 días) del Colegio Profesional respectivo.
- c) Constancia CUIL.
- d) Constancia de Inscripción AFIP.
- e) Sistema Registral:  Datos Contribuyente  Informe Autónomo  
 Impuestos Históricos  Actividades Históricas
- f) Copia Facturación.  Categorías Históricas Monotributista
- g) CAI

(Importante: verificar que las impresiones salgan completas y legibles)

Otros:.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Declaro BAJO JURAMENTO que los datos considerados precedentemente son ciertos, y la documental acompañada corresponde a la original que le fuera otorgada.

Igualmente declaro BAJO JURAMENTO conocer, todas y cada una de sus partes, la resolución N° 37.435 (modificatoria Resol 30.138) emanada del Directorio de la Caja, en fecha 20 de Abril de 1996, la cual se encuentra publicada en [www.cpac.org.ar](http://www.cpac.org.ar)

**ARTÍCULO 8º Ley 12.818.- El tiempo de duración de la cancelación en la matrícula o en la afiliación, conforme lo establecido en los artículos 4º y 5º inc. a) respectivamente, no puede computarse para ningún beneficio contemplado en la presente ley. Tampoco origina derecho alguno a tales beneficios cualquier hecho acaecido o que tenga su origen durante el lapso de su duración.**

Me notifico de lo dispuesto en el **Artículo 5º**, última parte de la Ley 12.818, que establece: **“(...) La decisión de aceptar la cancelación de afiliación no causa estado y puede ser revocada por el Directorio si considera que han desaparecido las circunstancias que la motivaron, previo traslado al causante”**

El Art.8º Resolución N° 37435 dice: **“A los profesionales a los cuales el Directorio hubiere hecho lugar a su solicitud de cancelación de su afiliación a la Caja, están obligados a justificar en forma anual, dentro del plazo perentorio de noventa días corridos anteriores a cumplirse el año aniversario de la fecha de la Resolución de Directorio sobre la cancelación de su afiliación a la Caja, que continúan en la misma situación, vencido dicho plazo sin que aportare las pruebas correspondientes, el Directorio procederá, si así lo considerase en virtud de las constancias pertinentes, a afiliar automáticamente al profesional a la Caja desde la fecha de inicio de dicha cancelación para el año que corresponda.”**

Por último y conforme a lo dispuesto en el **Art.8º de la Resolución 37.435** me comprometo, anualmente, a proceder de acuerdo a lo normado en el citado artículo, caso contrario el Directorio procederá conforme a las facultades que le confiere la Ley 12.818.

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y ACLARACIÓN

\_\_\_\_\_  
CERTIFICACION FIRMA