



CERTIFICADO DE SUPERVIVENCIA

Jubilación Ordinaria Jubilación Extraordinaria Pensión

(Marcar con una x lo que corresponda)

DATOS DEL BENEFICIARIO

El que suscribe el presente, en su carácter de Beneficiario de prestación previsional, arriba indicada, acordada por la Caja de Seguridad Social para Odontólogos y Bioquímicos de Salta, comparece ante la autoridad certificante, para comprobar su SUPERVIVENCIA al día de la fecha.

Apellido y Nombre:

Nro. Doc.

Bioquímico/a

Odontólogo/a

Matrícula:

Nro. Celular:

Domicilio:

EN CASO DE PENSIÓN

Apellido y Nombre del causante:

Parentesco con el causante:

Autoridad Certificante*

Salta, _____ de 2026

Firma del declarante

Aclaración del declarante

*Escribano público, Juez de Paz, Presidente o Director de la Caja de Seguridad Social para Odontólogos y Bioquímicos; Autoridad Bancaria o Policial.

ACUSE DE RECEPCIÓN

Se ha recibido el Certificado de Supervivencia el día _____

Firma recepción:

Sello de la Caja

Presentación de certificados: Jubilado/a: en los meses de Febrero y Agosto / Pensionado/a: Febrero, Agosto y Noviembre. La falta de presentación del certificado suspenderá el pago de haber mensual correspondiente.