



CAJAJPER

Caja de Jubilaciones y Pensiones
Ministerio de Economía, Hacienda y Finanzas

SOLICITUD DE INICIO DE TRÁMITE

SOLICITUD DE:

(Marcar con una X según corresponda)

JUBILACIÓN:

PENSIÓN:

RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS.

Para:

Todos los datos consignados en este formulario revisten carácter de declaración jurada (Decreto Nro. 6178/54)

1	Llenar en todos los casos con los datos del afiliado.										
	Apellido/s: completo			Nombre/s:				D.N.I / L.E. / C.U.I.L			
	Fecha de Nacimiento:			Sexo:				Nacionalidad:			
	Domicilio Particular:			Teléfono:				Correo Electrónico:			
	Obra Social (opta por):			Localidad:				Provincia:			
2	Llenar únicamente en caso de pedido de jubilación o de reconocimiento de servicios.										
	<p style="text-align: center;">Estado Civil</p> <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Viudo					Separado de hecho desde:/...../..... Separado desde:/...../..... <input type="radio"/> Legalmente <input type="radio"/> Divorciado					
	Indicar con una X donde corresponda.										
	Tiene otro beneficio otorgado o en trámite: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO					Tipo de Beneficio:					
	En que Caja o Instituto:					Expte Nro:					
	FAMILIARES CON POSIBLE DERECHO A PENSIÓN (Cónyuges, hijos, padres, hermanos)										
Apellido/s y Nombre/s: completos		Parentesco	Documento		Nació			Incapacitado		Depende de Ud.	
			Tipo	Número	Día	Mes	Año	si	no	si	no
Llenar únicamente en caso de pedido de Pensión.											
Apellido/s y Nombre/s completo/s de		Parentesco	Nació			Documento	Estado Civil		¿Otro		



CAJAJPER

Caja de Jubilaciones y Pensiones

Ministerio de Economía, Hacienda y Finanzas

SOLICITUD DE INICIO DE TRÁMITE

3	los solicitantes.									beneficio?		
			Día	Mes	Año	Tipo	Número			si	no	
Declaro no conocer la existencia de otras personas con derecho a Pensión. En caso contrario indicar en OBSERVACIONES quienes serían).												
Si el afiliado inició un trámite de Jubilación o era beneficiario, indicar Expediente Nro: Beneficio Nro:												
4	Llenar en todos los casos por la/s persona/s que solicitan el beneficio, excepto cuando se gestiona Pensión derivada de Jubilación otorgada o con expediente iniciado.											
	Detalle cronológico de todos los servicios prestados por el afiliado con o sin relación de dependencia e indicación de causales de períodos de inactividad.											
	Empresa, Repartición, Empleador, y/o Actividad por cuenta propia o causal de Inactividad.		Actividad Principal		Tarea o Cargo		Desde			Hasta		
							Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
5	OBSERVACIONES: de no haber iniciado el reconocimiento de los servicios Indicados Precedentemente deberá hacerlo a la brevedad a los efectos de la computación total de los servicios.											
6	Llenar en todos los casos por la/s persona/s que solicita/n el beneficio.								Impresión dígito pulgar (si no pueden firmar)			
	Domicilio: Calle: Número: Dpto: Localidad: Provincia: Teléfono: Email:								Derecho o Izquierdo			
	Lugar y Fecha: Firma/s:								Derecho o Izquierdo			
	Aclaración de firma/s:											
7	Certificación de identidad y firma por autoridad competentes (*).											
	Certifico que los datos consignados en los recuadros número 1 0 3 son copia fiel de lo/s obrante/s en el/los documento/s de identidad que en cada caso se indican, que tuvo a la vista, y que la/s firmas e impresión/es estampada/s en el recuadro número 6 fueron colocada/s en mi presencia.											
 Lugar y Fecha		 Sello		 Firma		 Aclaración de firma a cargo		



CAJAJPER

Caja de Jubilaciones y Pensiones

Ministerio de Economía, Hacienda y Finanzas

SOLICITUD DE INICIO DE TRÁMITE

	(*) Únicamente podrán certificar funcionarios de las Cajas de Previsión, de las Delegaciones de la Dirección General de Servicios Comunes y de la Secretaría de Estado de Seguridad Social, de la Policía, Gendarmería Nacional, Prefectura Nacional Marítima, Juez de Paz, Escribano con Registro y Directores de Hospitales y Clínicas, Provinciales, Municipales o Privadas, en los casos de solicitantes internados en establecimientos bajo su dirección.
8	<p style="text-align: center;">SISTEMA DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA.</p> <p>(SNE) SISTEMA DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA. PRESTO MI CONFORMIDAD A RECIBIR TODAS LAS NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES AL DOMICILIO ELECTRÓNICO CONSTITUIDO (.....) DÁNDOLAS POR VÁLIDAS, CON EFICACIA JURÍDICA Y VALOR PROBATORIO.</p>
9	<p style="text-align: center;">CERTIFICACIÓN DE IDENTIDAD Y FIRMA POR AUTORIDAD COMPETENTE.</p> <p>CERTIFICO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN LOS RECUADROS Nº 1 o 3 SON COPIA FIEL DE/LOS OBRANTES/S EN EL/LOS DOCUMENTOS DE IDENTIDAD QUE EN CADA CASO SE INDICAN/N, QUE TUVO A LA VISTA, Y QUE LA/S FIRMAS E IMPRESIÓN/ES ESTAMPADA/S EN EL RECUADRO Nº6 FUE/RON COLOCADA/S EN MI PRESENCIA.</p> <p>EL PRESENTE FORMULARIO REVISTE EL CARÁCTER DE DECLARACION JURADA, DEBIENDO SER COMPLETADO SIN OMITIR NI FLASEAR NINGÚN DATO, SUJETANDO A LOS INFRACTORES A LAS PENALIDADES PREVISTAS EN LOS ARTS. 172 Y 192 DEL CÓDIGO PENAL PARA LOS DELITOS DE ESTAFA Y FALSIFICACIÓN DE DOCUMENTOS.</p>