



CAJAJPER

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

SOLICITUD DE INICIO DE TRÁMITE

| | | | | | | | | | |
|------------------------------|---|---------------------|---------------|-------|-----|---------------------|---|-----|-----|
| | 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 |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | OBSERVACIONES: | | | | | | | | |
| 5 | ART 95 - LEY 8732 - DEUDA | | | | | | | | |
| | Se deja constancia de que la/el firmante autoriza la retención de su recibo de haberes jubilatorio y/o pensionarios de la deuda en que hubiere incurrido como empleado/a activo, conforme el Art. 95 de la Ley 8732. | | | | | | | | |
| 6 | SISTEMA DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA. | | | | | | | | |
| | Sistema de Notificación Electrónica (S.N.E.). Presto mi conformidad a recibir todas las notificaciones y comunicaciones al domicilio electrónico constituido dándolas por válidas, con eficacia jurídica y valor probatorio. | | | | | | | | |
| 7 | RESOLUCIÓN 2168/2024 CJPER – FECHA DE VIGENCIA 22/05/2024. | | | | | | | | |
| | Se deja constancia que El/La pretendiente/a fue anoticiado/a de los alcances de la Resolución 2168/2024 CJPER sobre los efectos liquidatorios. | | | | | | | | |
| 8 | Llenar en todos los casos por la/s persona/s que solicita/n el beneficio. | | | | | | Impresión dígito pulgar (si no pueden firmar) | | |
| | Domicilio: | | | | | | Derecho o Izquierdo | | |
| | Calle: Número: Dpto: | | | | | | | | |
| | Localidad: Provincia: | | | | | | | | |
| Teléfono: Email: | | | | | | | | | |
| Lugar y Fecha: | | | | | | Derecho o Izquierdo | | | |
| Firma/s: | | | | | | | | | |
| Aclaración de firma/s: | | | | | | | | | |
| 9 | 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 | | | |
| | | | | | | | | | |



CAJAJPER

Caja de Jubilaciones y Pensiones

Ministerio de Economía, Hacienda y Finanzas

SOLICITUD DE INICIO DE TRÁMITE

| | |
|--|---|
| | <p style="text-align: right;">Aclaración de firma a cargo</p> <p>LA VIGENCIA DE ESTE FORMULARIO SERÁ DE 20 DÍAS HÁBILES CONFORME LO ESTABLECIDO MEDIANTE ART. 35° DE LA LEY 7.060 DESDE EL MOMENTO DE SU PROCESO Y/O MODIFICACIÓN.</p> |
| | <p>(*) 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.</p> |