

F-2001 SOLICITUD DE INICIO DE TRÁMITE

Todos los datos consignados en este formulario revisten carácter de Declaración Jurada -Decreto N° 6178/54-

Solicitud de: Jubilación <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Reconocimiento de servicios <input type="checkbox"/>			Marque con una X según corresponda								
Para:											
1	Llenar en todos los casos con los datos del afiliado										
	Apellido/s: completo		Nombre/s:								
	Fecha de Nacimiento:		Sexo:		Nacionalidad:						
2	Llenar únicamente en caso de pedido de jubilación o reconocimiento de servicios										
	Estado civil:		Separado/a de hecho desde:/...../.....								
	Soltero/a <input type="checkbox"/>	Casado/a <input type="checkbox"/>	Viudo/a <input type="checkbox"/>	Separado/a desde:/...../.....							
	Legalmente <input type="checkbox"/>		Divorciado/a <input type="checkbox"/>								
	Marque con una X según corresponda										
<p>¿Tiene otro beneficio otorgado o en trámite? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tipo de beneficio:.....</p> <p>En que Caja o Instituto:..... Expte. N°:.....</p>											
3	Familiares con posible derecho a Pensión -Cónyuges, hijos, padres, hermanos-										
	Apellido/s y Nombre/s: completos	Parentesco	Documento		Fecha de nac.			Incapacitado		Depende de Ud.	
			Tipo	Número	Día	Mes	Año	Si	No	Si	No
Llenar únicamente en caso de pedido de pensión											
3	Apellido/s y nombre/s completo/s de los/as solicitantes	Parentesco	Fecha de nac.			Documento		Estado civil	Otro Beneficio		
			Día	Mes	Año	Tipo	Número		Si	No	
Si el afiliado inició un trámite de Jubilación o era beneficiario, indicar Expediente N°:..... Beneficio N°:.....											
Declaro no conocer la existencia de otras personas con derecho a Pensión. En caso contrario indicar en Observaciones quienes serían											

F-2001 SOLICITUD DE INICIO DE TRÁMITE

<p>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.</p> <p>Detalle cronológico de todos los servicios prestados por el afiliado con o sin relación de dependencia e indicación de causal es de períodos de inactividad.</p>																																																										
<p>4</p> 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Empresa / Repartición / Empleador y/o Actividad por cuenta propia o causal de Inactividad</th> <th rowspan="2">Actividad principal</th> <th rowspan="2">Tarea o cargo</th> <th colspan="3">Desde</th> <th colspan="3">Hasta</th> </tr> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	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																																										
	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:																																																										
<p>Art. 95 Ley 8.732 - Deuda</p>																																																										
<p>5</p>	<p>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.</p>																																																									
<p>Sistema de notificación electrónica</p>																																																										
<p>6</p>	<p>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.</p>																																																									
<p>RESOLUCIÓN 2168/2024 CJPER - Fecha de vigencia 22/05/2024</p>																																																										
<p>7</p>	<p>Se deja constancia que El/La pretendiente/a fue anoticiado/a de los alcances de la Resolución 2168/2024 CJPER sobre los efectos liquidatorios.</p>																																																									
<p>8</p>	<p>Completar por la/s persona/s que solicita/n el beneficio</p>	Impresión dígito pulgar (si no pueden firmar)																																																								
	<p>Calle:..... N°:..... Dpto:.....</p>	Derecho o izquierdo																																																								
	<p>Localidad:..... Provincia:.....</p>																																																									
	<p>Teléfono:.....</p>																																																									
	<p>Obra social:.....</p>																																																									
<p>E-mail personal:.....</p>																																																										
<p>E-mail abogado/a:.....</p>																																																										
<p>Lugar y fecha:.....</p>		Derecho o izquierdo																																																								
<p>Firma/s:.....</p>																																																										
<p>Aclaración de firma/s:.....</p>																																																										
<p>9</p>	<p>Certificación de identidad y firma por autoridad competentes (*)</p>																																																									
	<p>Certifico que los datos consignados en los recuadros número 1, 2 y 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.</p>																																																									
<p>.....</p>																																																								
<p>Lugar y fecha</p>		Sello	Firma																																																							
			Aclaración																																																							

F-2001 SOLICITUD DE INICIO DE TRÁMITE

Vigencia de este formulario: 20 días hábiles. Conforme lo establecido mediante Art. 35º de la Ley 7.060 desde el momento de su proceso y/o modificación

(*) 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.