



CAJA DE JUBILACIONES
Y PENSIONES DE ENTRE RÍOS

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:	D.N.I / L.E. / C.U.I.L.:																																																																																					
	Fecha de Nacimiento:	Sexo:	Nacionalidad:																																																																																					
2	Llenar únicamente en caso de pedido de jubilación o reconocimiento de servicios																																																																																							
	Estado civil: Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/>		Separado/a de hecho desde:/...../..... Separado/a desde:/...../..... Legalmente <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/>																																																																																					
	Marque con una X según corresponda																																																																																							
	¿Tiene otro beneficio otorgado o en trámite? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tipo de beneficio:..... En que Caja o Instituto:..... Expte. N°:.....																																																																																							
	Familiares con posible derecho a Pensión -Cónyuges, hijos, padres, hermanos-																																																																																							
	<table border="1"><thead><tr><th rowspan="2">Apellido/s y Nombre/s: completos</th><th rowspan="2">Parentesco</th><th colspan="2">Documento</th><th colspan="3">Fecha de nac.</th><th colspan="2">Incapacitado</th><th colspan="2">Depende de Ud.</th></tr><tr><th>Tipo</th><th>Número</th><th>Día</th><th>Mes</th><th>Año</th><th>Si</th><th>No</th><th>Si</th><th>No</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>			Apellido/s y Nombre/s: completos	Parentesco	Documento		Fecha de nac.			Incapacitado		Depende de Ud.		Tipo	Número	Día	Mes	Año	Si	No	Si	No																																																																	
Apellido/s y Nombre/s: completos	Parentesco	Documento				Fecha de nac.			Incapacitado		Depende de Ud.																																																																													
		Tipo	Número	Día	Mes	Año	Si	No	Si	No																																																																														
3	Llenar únicamente en caso de pedido de pensión																																																																																							
	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

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 causal es 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 8.732 - 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	Completar por la/s personas/s que solicita/n el beneficio					Impresión dígito pulgar (si no pueden firmar)				
	Calle:..... N°:..... Dpto:..... Localidad:..... Provincia:..... Teléfono:..... Obra social:..... E-mail personal:..... E-mail abogado/a:.....					Derecho o izquierdo				
	Lugar y fecha:..... Firma/s:..... Aclaración de firma/s:.....					Derecho o izquierdo				
9	Certificación de identidad y firma por autoridad competentes (*)									
	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.									
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Lugar y fecha Sello Firma Aclaración </div>										



**CAJA DE JUBILACIONES
Y PENSIONES DE ENTRE RÍOS**

F-2001

SOLICITUD DE INICIO DE TRÁMITE

Vigencia de este formulario: 20 días hábiles. Conforme lo establecido mediante Art. 35° 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.