



PROVINCIA DE SANTA FE  
Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social  
Caja de Jubilaciones y Pensiones



Rev. 2 – Jun 2016

## SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS

INICIADO POR: .....

RECONOCIDO POR: .....

C.U.I.L.

IMPORTANTE: Todos los datos consignados en este formulario revisten carácter de declaración jurada.-  
El falseamiento, ocultamiento o negación de la verdad en un instrumento público, hacen pasible al declarante de las penalidades impuestas en su caso, por los artículos 172, 275 y 293 del Código Penal.-

(Marcar con una X según corresponda)

1- COMPLETAR EN TODOS LOS CASOS CON LOS DATOS DEL AFILIADO											
Apellido /s y Nombre /s: (1)										Tipo(2) y Nº de Documento:	
(1) Como figura en el Documento de Identidad.-										(2) 1: Libreta de Enrolamiento / 2: Libreta Cívica/ 3: DNI / 4: Cédula de Identidad / 5: Pasaporte.-	
Sexo: Femenino: <input type="checkbox"/> Masculino: <input type="checkbox"/>					Fecha de Nacimiento			Nacionalidad:			
					DIA	MES	AÑO				
Estado Civil:		Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>	Separado de Hecho: <input type="checkbox"/>	Separado Legalmente o divorciado: <input type="checkbox"/>		Desde Fecha: ___/___/___			Desde Fecha: ___/___/___
1-1- DATOS DEL DOMICILIO											
Domicilio – Calle o Paraje Rural:											
Número:		Piso:	Dpto.:	C.P.:	Barrio:						
Localidad:								Provincia:			
Teléfono:				Fax:				E – mail:			

¿ Solicita cómputo privilegiado para todas las actividades que correspondan, desarrolladas con anterioridad al 21/01/96 ? SI  NO   
(PROVINCIA DE SANTA FE)

2- COMPLETAR UNICAMENTE EN CASO DE SOLICITUD DE PENSIÓN											
Apellido/s y Nombres Completos de los Solicitantes	Parentesco	Nació			Documento de Identidad			Est. Civil	Es inca - pacitado SI - NO	Tiene otro Beneficio SI - NO	
		D	M	A	Tipo	Número					
									SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
									SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
									SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
									SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
									SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	



**PROVINCIA DE SANTA FE**  
Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social  
Caja de Jubilaciones y Pensiones



Rev. 2 – Jun 2016

3- COMPLETAR EN TODOS LOS CASOS POR LA /S PERSONA /S QUE SOLICITA /N EL BENEFICIO

Detalle cronológico de todos los servicios prestados por el afiliado con o sin relación de dependencia e indicación de causales de períodos de inactividad desde los 18 años.-

#### 4- DATOS DEL REPRESENTANTE PARA TRAMITAR

Apellido /s y Nombre /s: (1)	Tipo(2) y Nº de Documento:										
(1) Como figura en el Documento de Identidad.-											
(2) 1: Libreta de Enrolamiento / 2: Libreta Cívica/ 3: DNI / 4: Cédula de Identidad / 5: Pasaporte.-											
Sexo: Femenino: <input type="checkbox"/> Masculino: <input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Fecha de Nacimiento</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table>	Fecha de Nacimiento						DIA	MES	AÑO	Nacionalidad:
Fecha de Nacimiento											
DIA	MES	AÑO									

#### 4-1- DATOS DEL DOMICILIO

**Domicilio – Calle o Paraje Rural:**

---

Firma o impresión Dígito Pulgar Beneficiario  
Aclaración de Firma:

---

Firma o impresión Dígito Pulgar Apoderado  
Aclaración de Firma:



PROVINCIA DE SANTA FE  
Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social  
Caja de Jubilaciones y Pensiones



**REGIÓN CENTRO**  
CÓRDOBA - ENTRE RÍOS - SANTA FE



Rev. 2 – Jun 2016

#### 5 - CERTIFICACIÓN DE IDENTIDAD Y FIRMA POR AUTORIDAD COMPETENTE (\*)

(\*) Únicamente podrán certificar funcionarios de las Cajas de Previsión, Oficiales de las Fuerzas de Seguridad Nacionales o Provinciales, Juez de Paz, escribano con registro y directores de Hospitales y Clínicas Nacionales, Provinciales, Municipales o Privadas, en los casos de solicitantes internados en establecimientos bajo su dirección-

(\*\*) En el caso de los servicios prestados en la provincia de Santa Fé, no son válidas las certificaciones de firma realizadas por las Fuerzas de Seguridad Nacionales o Provinciales.

Certifico que los datos consignados en los recuadros Nº 1 y 4 son copia fiel de los obrante/s en el/los documentos oficiales de identidad y filiación que tuve a la vista, y que la/s firma/s e impresión/s estampada/s fue/ron colocada/s en mi presencia.  
Lugar y Fecha: .....

Firma Verificador.....	Sello	Firma.....	Aclaración de Firma y Cargo
Aclaración de Firma			

