



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

F11

El presente formulario tiene carácter de **Declaración Jurada**. Por favor complete todos los puntos.

# **SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS CON RECIPROCIDAD**

### **Solicita Reconocimiento de Servicios según:**

- **Decreto Ley 9316/46** (reciprocidad con cajas Prov./ANSeS)
  - **Ley 9207** (reciprocidad con cajas profesionales)

## **En qué delegación de la Caja de Jubilaciones y Pensiones iniciará el trámite:**

- Santa Fe    Rosario    Rafaela    Reconquista    Venado Tuerto    CABA    San Justo

## 1- DATOS DE LA PERSONA AFILIADA

**Apellidos y Nombres:**

(como figuran en el DNI):

**Domicilio:**

**Tel. Fijo:** \_\_\_\_\_ **Tel. Celular:** \_\_\_\_\_

.....

**2- ¿EN QUE ORGANISMO PRESENTARA EL RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS? (OBLIGATORIO):**

### 3- SI LA PERSONA AFILIADA FALLECIÓ

### Relación con la persona fallecida:

- Viuda/o       Conviviente       Hija/o       Ex-esposa/o

**Apellidos y Nombres** (como figuran en el DNI):

#### 4- CONSTITUCIÓN DE DOMICILIO ELECTRÓNICO (requisito esencial)

Las notificaciones por medios electrónicos **son plenamente válidas**. Resolución General SFE 001/2023.

E-Mail de **TITULAR**:



El presente formulario tiene carácter de **Declaración Jurada**. Por favor complete todos los puntos.

## SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS CON RECIPROCIDAD

### 5- CÓMPUTO PRIVILEGIADO - DIFERENCIADO

La opción DEBE SER REALIZADA EN **ACTIVIDAD** y ANTE EL **EMPLEADOR**.

Debe adjuntar constancia de dicha opción, incluyendo el inicio del descuento del 50% del aporte adicional, según Ley 14283.

¿Solicita el Cómputo Privilegiado / Diferenciado para todas las actividades que correspondan?  SI  NO

Si respondió que Sí en la pregunta anterior, indique por cuáles períodos:

Con anterioridad al 21/01/1996  Desde el 22/01/1996 al 07/10/2005  Posteriores al 07/10/2005

#### OBSERVACIONES:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### 6- FIRMAS

Manifiesto que he tomado conocimiento de mi **obligación de comunicar a la Caja** cualquier modificación que pueda afectar el derecho a la percepción del beneficio (art. 99 Ley 6915)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CERTIFICO que los datos personales consignados precedentemente son copia fiel de los obrantes en los documentos de identidad que se mencionan y que tuve a la vista y que las firmas fueron colocadas en mi presencia.-

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(\*) Las certificaciones de firmas deben realizarse ante escribanía pública, autoridad judicial, organismo competente, o ante esta Caja.