



### **JUBILACIÓN ORDINARIA ESPECIAL** **DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR**

- ✓ Formulario de solicitud de beneficio, debidamente cumplimentado, haciendo certificar su firma por Juez de Paz (FORMULARIO F2001).
- ✓ Fotocopia de DNI autenticada por Juez de Paz.
- ✓ Fotocopia de último recibo de asueldo, autenticada por Juez de Paz.
- ✓ Formulario F2004 haciendo certificar su firma ante Juez de Paz.
- ✓ Planilla demostrativa de servicios.
- ✓ De acreditar el titular aportes extraprovinciales, (Nacionales, Privados, Autónomos AFJP, otras provincias y/o Cajas Municipales), Expediente de RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS de la Caja de Previsión que corresponda.
- ✓ Constancia de cuil.
- ✓ Formulario de Impuesto a las Ganancias, haciendo certificar su firma ante Juez de Paz, (F572).
- ✓ En caso de tener IOSPER, copia legalizada en sucursal de la obra social del carnet de afiliado.
- ✓ En caso de tener OSPLAD, planillas de opción que deberá solicitar en la sucursal de la obra social.
- ✓ Formulario verificador del código 332

### **PARA TRAMITAR EN CONCEPCIÓN DEL URUGUAY**

Antes de solicitar estos informes se deberá acercarse a la Caja de Jubilaciones sede C. del Uruguay y hacer firmar los formularios por un agente de dicha institución para luego presentar tanto en ANSES como en AFIP a fin de tramitar los informes solicitados a continuación:

- ✓ Informe de ANSES del solicitante, (FORMULARIO F2010).
- ✓ Informe de AFIP del solicitante, (FORMULARIO F 2011).

Caja de Jubilaciones de C. del Uruguay  
8 de Junio 820 Tel. 03442-424430





**SOLICITUD DE INICIO DE TRÁMITE**

**SOLICITUD DE:**

(Marcar con una X según corresponda)

JUBILACIÓN: .....

PENSIÓN: .....

RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS.

Para: .....

Todos los datos consignados en este formulario revisten carácter de declaración jurada (Decreto Nro. 6178/54)

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 de reconocimiento de servicios.										
	<b>Estado Civil</b> <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Viudo				Separado de hecho desde: ...../...../..... Separado desde: ...../...../..... <input type="radio"/> Legalmente <input type="radio"/> Divorciado						
	Indicar con una X donde corresponda.										
	Tiene otro beneficio otorgado o en trámite: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO				Tipo de Beneficio: .....						
	En que Caja o Instituto: ..... (expte Nro: .....										
<b>FAMILIARES CON POSIBLE DERECHO A PENSIÓN</b> (Cónyuges, hijos, padres, hermanos)											
Apellido/s y Nombre/s: completos		Parentesco	Nació			Es incapacitado		Depende de Usted			
			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 solicitantes.		Parentesco	Nació			Documento		Estado Civil	¿Otro beneficio?	
				Día	Mes	Año	Tipo	Número		si	no



**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: .....								
	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.								
4	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
5	OBSERVACIONES; de no haber iniciado el reconocimiento de los servicios indicados Precedentemente deberá hacerlo a la brevedad a los efectos de la computación total de los servicios.								
6	Llenar en todos los casos por la/s persona/s que solicita/s el beneficio.						Impresión dígito pulgar (si no pueden firmar)		
	Domicilio: Calle: ..... Número: ..... Dpto: ..... Localidad: ..... Provincia: ..... Teléfono: ..... Email: .....						Derecho o Izquierdo		
	Lugar y Fecha: ..... Firma/s: ..... Aclaración de firma/s:						Derecho o Izquierdo		
7	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		
	Aclaración de firma a cargo								
	(*) 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.								



**CAJAJPER**  
Caja de Jubilaciones y Pensiones  
Ministerio de Economía, Hacienda y Finanzas  
Gobierno de Entre Ríos

F-2004



## AJUSTE PERÍODO FISCAL IMPUESTO A LAS GANANCIAS Art. 18

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Señor:

Presidente de la Caja de  
Jubilaciones y Pensiones de la  
Provincia de Entre Ríos.

SU DESPACHO:

El/la que suscribe \_\_\_\_\_

Beneficiario de esa Caja de Jubilaciones y Pensiones de Entre Ríos, ante la posibilidad de liquidarse haberes retroactivos que corresponden a períodos fiscales anteriores, ejerzo la opción de imputar el ajuste del período fiscal del devengamiento de las ganancias conforme a lo nombrado en el segundo párrafo del inciso b) del artículo 18 de la Ley de impuesto a las ganancias, texto ordenado en 1997 y sus modificatorias.

Sin más, saluda a usted atentamente.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
D.N.I./ L.E. /L.C / OTROS:



REGIMEN DE RETENCIONES  
4ta CATEGORIA

F.572

N° de CUIT.: (1)

(2) Carácter de la  
presentación  
ORIGINAL RECTIFICATIVA**IMPUESTO  
A LAS  
GANANCIAS**DECLARACION JURADA  
En pesos con centavos

Documento de identidad L.E.I.L.C./D.N.I./o C.I. (2) N°:

Apellido y Nombre:

Domicilio - Calle:

N°

Piso/Dpto.:

Localidad:

Provincia:

Cód. Postal:

Esta declaración jurada deberá ser confeccionada por el beneficiario de ganancias comprendidas en los incisos a), b), c) y d) del artículo 79 de la Ley de Impuesto a las Ganancias, texto ordenado en 1996 y sus modificaciones y será presentada al inicio de la relación laboral ante la persona o entidad que abone dichas ganancias, o cuando corresponda declarar modificaciones de datos, conforme lo establecido por el artículo 4°, de la Resolución General N° 3802

Rub	Inc	A - INFORMACION PARA LA PERSONA O ENTIDAD DESIGNADA PARA ACTUAR COMO AGENTE DE RETENCION (art. 4°, punto 1-RG N° 3802)			
1	a	Detalle de las cargas de familia Computables al inicio de la relación laboral			
		Apellido y Nombre	Desde	Tipo y N° de Dto. de Identidad	Parentesco
	b	Altas y Bajas producidas en el año en curso			
		Apellido y Nombre	MES año mes día	Tipo y N° de Dto. de Identidad	Parentesco
2	-	Importe de las ganancias liquidadas en el transcurso del período fiscal por otros empleadores o entidades			
		Apellido y Nombre o Denominación	N° de CUIT	IMPORT. DE DEDUC. (3)	RETENC. PRACT. (4)
					Importes Ganancias Bruta
3	-	Deducciones y desgravaciones (montos erogados en el año en curso)			
	a	Cuentas médico-asistenciales Denominación de la entidad y domicilio			
	b	Pólizas de seguro para el caso de muerte Denominación de la entidad aseguradora y domicilio			
	c	Otras			

**B - INFORMACION PARA LA PERSONA O ENTIDAD QUE PAGUE OTRAS REMUNERACIONES (5)**

De acuerdo a lo establecido en el artículo 4 (punto 2) de la Resolución General N° 3802 informo que he designado para actuar como Agente de retención a

Apellido y Nombre o Denominación:

N° de C.U.I.T.:

Afirmo que los datos consignados en este formulario son correctos y completos y que he confeccionado esta declaración sin omitir ni falsificar dato alguno que deba contener, siendo fiel expresión de la verdad.

Lugar y fecha:

Firma:

(1) Se consignará cuando corresponda. (2) Tener lo que no corresponde. (3) Se consignarán las deducciones en conceptos de aportes al Sistema Único de Seguridad Social. (4) Cubrir únicamente en el supuesto de retención de impuesto, por las ganancias que se informan en el Rubro 2. (5) La obligación de consignar la información requerida en los apartados A o B, resulta excluyente.

ORIGINAL PARA EL EMPLEADOR - DUPLICADO PARA EL BENEFICIARIO

### CUADRO DE NOTIFICACION

1 - AGENTE DE RETENCION: Acuso/Acusamos recibo del original de la presente declaración jurada

Apellido y Nombre o Denominación:

FECHA	FIRMA	CARACTER DEL FIRMANTE
	ACLARACION:	

2 - PERSONAS O ENTIDADES QUE ABONEN OTRAS REMUNERACIONES: Acuso/Acusamos recibo del original de la presente declaración jurada

Apellido y Nombre o Denominación:

FECHA	FIRMA	CARACTER DEL FIRMANTE
	ACLARACION:	



# VERIFICACION COD. 332

Nº 0001

## CONSEJO GENERAL DE EDUCACIÓN RECURSOS HUMANOS

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

D.N.I. Nº: \_\_\_\_\_

Tiene descuento del  
cod. 332 según pantalla

SI

NO

Fecha:.....

Firma responsable:.....

---

## CAJA DE JUBILACIONES Y PENSIONES DE ENTRE RIOS LIQUIDACIONES

Informados que.....D.N.I. Nº:.....

deja de ser activo. Reviste la condición de afiliado/a a A.G.M.E.R., por lo que debe incorporarse en su liquidación el cod. 787.

Firma responsable.....



# VERIFICACION COD. 332

Nº 0001

## CONSEJO GENERAL DE EDUCACIÓN RECURSOS HUMANOS

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

D.N.I. Nº: \_\_\_\_\_

Tiene descuento del  
cod. 332 según pantalla

SI

NO

Fecha:.....

Firma responsable:.....

---

## CAJA DE JUBILACIONES Y PENSIONES DE ENTRE RIOS LIQUIDACIONES

Informados que.....D.N.I. Nº:.....

deja de ser activo. Reviste la condición de afiliado/a a A.G.M.E.R., por lo que debe incorporarse en su liquidación el cod. 787.

Firma responsable.....





**CAJAJPER**  
Caja de Jubilaciones y Pensiones  
Ministerio de Economía, Hacienda y Finanzas  
Gobierno de Entre Ríos

F-2010



## CONSULTA HISTORIAL EN ANSES

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Ref.: Expediente N° \_\_\_\_\_

Señor/a Jefe/a  
A.N.S.E.S. Delegación  
SU DESPACHO

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. a los efectos de solicitarle quiera tener a bien disponer, por donde corresponda, se informe a esta Caja si el/la

Sr./a. \_\_\_\_\_

M.I. N° \_\_\_\_\_

Domiciliado en: \_\_\_\_\_

Sr./a. \_\_\_\_\_

M.I. N° \_\_\_\_\_

Domiciliado en: \_\_\_\_\_

Ha/n figurado como aportante/s, afiliado/a o como titular de beneficio en alguna de las Cajas Nacionales de Previsión.

En tal sentido, se deberá imprimir las consultas de:

- 1- INFORME ACTIVOS (S.I.J.P. E HISTORICO)
- 2- ARCHIVO AUTONOMOS
- 3- REGISTRO UNICO DE BENEFICIARIOS (R.U.B.)
- 4- SISTEMA ANME (ARCHIVO NAC. DE MESA DE ENTRADAS)

Todo debidamente firmado y con sello oficial de la Institución emisora, indicándose a que ítem corresponde la información emitida; de no ser posible, explicar los motivos.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para saludarlo/a muy atte.





**CAJAJPER**  
Caja de Jubilaciones y Pensiones  
Ministerio de Economía, Hacienda y Finanzas  
Gobierno de Entre Ríos

F-2011



## CONSULTA HISTORIAL EN DGI

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Ref.: Expediente N° \_\_\_\_\_

Señor/a Jefe/a  
A.F.I.P.  
Con sede en Paraná  
SU DESPACHO

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. a los efectos de solicitarle quiera tener a bien disponer, por donde corresponda, se informe a esta Caja si el/la

Sr./a. \_\_\_\_\_

M.I. N° \_\_\_\_\_

Domiciliado en: \_\_\_\_\_

Sr./a. \_\_\_\_\_

M.I. N° \_\_\_\_\_

Domiciliado en: \_\_\_\_\_

Figura inscripto en esa Administración Federal de Ingresos Públicos, consignado número de Cuit/Cuil.

Se hace necesario, además, se sirva extender a este Organismo, una prolija información en cuanto a los movimientos efectuados por el/la referenciado/a, indicando si existen probables aportes y sus periodos:

FECHA DE CESE - REINGRESOS - ETC, consignando además, cuál es su situación actual:

- 1- RELACIÓN DE DEPENDENCIA
- 2- EMPLEADOR
- 3- AUTONOMO

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para saludar Ud. muy atte., destacando asimismo la urgente necesidad de contar con la información solicitada, debido al tipo de beneficio invocado