



**CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL DE ABOGADOS Y  
PROCURADORES DE LA PROVINCIA DE SANTA FE**



**Fotografía**

**4 x 4**

3 de Febrero 2761 – 4° Piso (Casa del Foro) – Tel/Fax: (0342) 4580-254 – C.P.: S3000DEG – Santa Fe  
Delegación: Montevideo 2080 – Tel/Fax: (0341) 4402-074 – C.P.: S2000BSP – Rosario  
Web: [www.capsantafe.org.ar](http://www.capsantafe.org.ar) – E-Mail: [cga@capsantafe.org.ar](mailto:cga@capsantafe.org.ar)

**Solicitud de:**

(Marcar con una "X")

|                   |  |                |                                      |                              |                                     |                                    |                                       |                  |   |
|-------------------|--|----------------|--------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|------------------|---|
| <b>Jubilación</b> | <input type="checkbox"/> Ordinaria Efectiva    | <b>Pensión</b> | <input type="checkbox"/> Cónyuge     | <b>Haberes No Percibidos</b> | <input type="checkbox"/> Jubilación | <b>Reconocimiento de Servicios</b> | <input type="checkbox"/> Común        | <b>Subsidios</b> | <input type="checkbox"/> por Incapacidad Total Temporal |
|                   | <input type="checkbox"/> Ordinaria en Suspense |                | <input type="checkbox"/> Conviviente |                              | <input type="checkbox"/> Pensión    |                                    | <input type="checkbox"/> Reciprocidad |                  | <input type="checkbox"/> por Sepelio                    |
|                   | <input type="checkbox"/> por Invalidez         |                | <input type="checkbox"/> Hijo/s      |                              |                                     |                                    |                                       |                  |   |
|                   | <input type="checkbox"/> por Edad Avanzada     |                | <input type="checkbox"/> Otros       |                              |                                     |                                    |                                       |                  |   |

**Datos Personales del Solicitante o del Causante (en caso de Pensión)**

Apellido/s y Nombre/s completos \_\_\_\_\_

Tipo y Número de Documento \_\_\_\_\_ C.U.I.T./C.U.I.L. \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

El beneficio de **Jubilación Ordinaria** o por **Edad Avanzada** se abona a partir de la fecha de cancelación de la matrícula. Dicha cancelación puede ser realizada por el solicitante **en cualquier momento** (en caso que reúna todos los requisitos a tal fin) o bien una vez otorgado el beneficio por la Caja, de oficio al momento de notificar la resolución al interesado conforme lo establece el art. 40 de la Ley 10.727.

El domicilio por usted indicado se considerará como "**constituido**" a los efectos de las comunicaciones que emita esta Caja.-

|                  |                       |               |             |              |
|------------------|-----------------------|---------------|-------------|--------------|
| <b>Domicilio</b> | Calle: _____          | N°: _____     | Piso: _____ | Dpto.: _____ |
|                  | Localidad: _____      | C.P.: _____   |             |              |
|                  | Teléfono/s: ( ) _____ | E-Mail: _____ |             |              |
|                  | Celular: ( ) _____    |               |             |              |

**Estado Civil del Solicitante**

- Soltero     Separado de Hecho  
 Casado     Separado Legalmente  
 Viudo     Divorciado

Si es Conviviente, ¿presenta pruebas que lo acredita?     Si     No \_\_\_\_\_

**Solicitante/s de Pensión (Art. 53 Ley 10.727)**

Persona/s con posible derecho a **pensión** según el solicitante del beneficio jubilatorio

| Apellido/s y Nombre/s completo/s | Parentesco | Fecha de Nacimiento |   |   | Incapacitado |    | Amparo |    |
|----------------------------------|------------|---------------------|---|---|--------------|----|--------|----|
|                                  |            | D                   | M | A | SI           | NO | SI     | NO |
|                                  |            |                     |   |   |              |    |        |    |
|                                  |            |                     |   |   |              |    |        |    |
|                                  |            |                     |   |   |              |    |        |    |
|                                  |            |                     |   |   |              |    |        |    |

**Completar en caso de tramitar Jubilación, Prestación por Edad Avanzada y/o Reconocimiento de Servicios:**

¿Tiene otro beneficio jubilatorio?     Si     No    ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
 ¿Qué Organismo lo otorgó? \_\_\_\_\_

¿Aplicará reciprocidad?     Si     No

Convenio aplicable: \_\_\_\_\_

Caja/s participante/s: \_\_\_\_\_

Caja otorgante: \_\_\_\_\_ Expediente N°: \_\_\_\_\_

**Todos los datos consignados en este ejemplar revisten carácter de DECLARACIÓN JURADA**



**CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL DE ABOGADOS Y  
PROCURADORES DE LA PROVINCIA DE SANTA FE**

3 de Febrero 2761 – 4° Piso (Casa del Foro) – Tel/Fax: (0342) 4580-254 – C.P.: S3000DEG – Santa Fe  
Delegación: Montevideo 2080 – Tel/Fax: (0341) 4402-074 – C.P.: S2000BSP – Rosario  
Web: [www.capsantafe.org.ar](http://www.capsantafe.org.ar) – E-Mail: [cga@capsantafe.org.ar](mailto:cga@capsantafe.org.ar)

**PARA SER COMPLETADO POR PERSONAL DEL COLEGIO DE ABOGADOS**

CERTIFICO que el/la \_\_\_\_\_ se encuentra inscripto/a en la matrícula de este Colegio bajo el

N° \_\_\_\_\_ Folio \_\_\_\_\_ Libro \_\_\_\_\_, desde el \_\_\_\_\_ hasta el \_\_\_\_\_.-

OBSERVACIONES: (consignar si hubo interrupciones, cancelaciones anteriores y cualquier otra información de interés sobre la actividad profesional desarrollada) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha

SELLO Y FIRMA AUTORIDAD COMPETENTE DEL COLEGIO

**Declaración Jurada – Art. 37 Bis – Ley 10.727**

Manifiesto bajo Declaración Jurada que no he hecho valer años de ejercicio profesional ante otras Cajas, para obtener prestación jubilatoria, notificándome expresamente de la disposición del artículo 37 bis de la Ley 10.727 que dispone que **“Para acceder a las prestaciones que acuerda la presente Ley es condición necesaria no adeudar suma alguna a la Caja a la fecha de solicitud y haber dado cumplimiento a los requisitos respectivos. No habrá derecho al cobro de haberes por períodos previos a la fecha de cancelación de toda deuda con la Caja.”**

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

\_\_\_\_\_

Firma

Aclaración de Firma

**Certificación de Identidad y Firma por Autoridad Competente:** (Únicamente podrán certificar Directivos y Funcionarios de la Caja de Seguridad Social de Abogados y Procuradores, Directivos de los Colegios de Abogados, Policía, Juez de Paz, Escribano c/registro y Registro Público de Comercio)

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

\_\_\_\_\_

Firma y Sello

Aclaración de Firma y Sello

**PARA SER COMPLETADO POR PERSONAL DE LA CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL DE ABOGADOS Y PROCURADORES**

Documentación que acompaña a la presente

- Acta de Nacimiento
- Acta de Defunción
- Acta de Matrimonio
- Fotocopia certificada del Documento de Identidad
- Certificado de Matrícula
- Formulario de Declaración Jurada de Antecedentes de Salud
- Resumen de Historia Clínica con la firma del Profesional certificada por el Colegio, Círculo, Agronomía o Centro Médico y Documentación Médica sobre la Incapacidad denunciada
- Expediente de Reconocimiento de Servicio
- Solicitud de Antecedentes Previsionales (otras Cajas), AnSES y Caja de Jubilaciones de la Provincia de Santa Fe
- Formulario de Fianza
- Fotografía del Peticionante (color, 4x4)
- Facturas Originales** de gastos provenientes del sepelio

Observaciones

Firma y Sello del Responsable que recibe

**Todos los datos consignados en este ejemplar revisten carácter de DECLARACIÓN JURADA**