



INSTITUTO MUNICIPAL  
DE PREVISIÓN SOCIAL  
DE NEUQUEN

Expediente N°:	
Afiliado N°	

**SOLICITUD DE:**  RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS

Para: .....

LLENAR EN TODOS LOS CASOS CON LOS DATOS DEL AFILIADO

1	Apellido/s Completo/s		Nombre/s Completo/s	Sexo
	Fecha de Nacimiento	Nacionalidad Argentina	Fecha de Ingreso al País: ..... / ..... / ..... Comprobado con: : .....	
	D.N.I. – L.E. – L.C. N° :		C.U.I.L. N°	

LLENAR UNICAMENTE EN CASO DE PEDIDO DE JUBILACIÓN, RETIRO O RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS

Estado Civil:  Soltero  Concubino  Casado  Separado  Viudo  Divorciado

Desde ...../...../..... Autoridad .....

Desde ...../...../..... Autoridad .....

Desde ...../...../..... Juzgado .....

¿Tiene otro beneficio otorgado o en trámite?  Sí  No

Tipo de Beneficio:..... Caja o Instituto:..... Expte N°:.....

**FAMILIARES CON POSIBLE DERECHO A PENSION**  
(Cónyuges, concubinos, hijos, padres, hermanos)

2	Apellido/s y Nombre/s Completos	Parentesco	Fecha Nacim.			¿Es Dis-capacitado? SI - NO	¿Depende de Ud.? SI - NO
			Día	Mes	Año		

LLENAR UNICAMENTE EN CASO DE PENSION

3	Apellidos y Nombres Completos de los Solicitantes	Parentesco	Fecha Nacim.			Docum. Identidad DNI – LE – LC - CI	Est. Civil	¿Otro Benef?

Declaro NO conocer la existencia de otras personas con derecho a Pensión  
(En caso contrario indicar en "Observaciones" quiénes serían)

Si el Afiliado había iniciado Trámite de Jubilación o era Beneficiario, indicar: Expediente N° ..... Beneficio N° .....

4	LLENAR EN TODOS LOS CASOS POR LA/S PERSONA/S QUE SOLICITA/N 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								
	Empresa, Repartición, Empleador y/o Actividad por cuenta propia o Causal de Inactividad	Actividad Principal	Tarea o Cargo	Desde			Hasta		
				D	M	A	D	M	A
De resultar insuficiente este espacio, completar la información en hojas aparte									

5	OBSERVACIONES : .....
	.....
	.....
	.....

6	Llenar En todos los casos por la/s persona/s que solicita/n el beneficio			I.D.P. (D./I.)	
	Domicilio Particular: -----				
	Calle	Nº			
	Localidad	Provincia	Tel.		
	Lugar y Fecha:				
	Firma/s:			I.D.P. (D./I.)	
	Aclaración				

7	<b>CERTIFICACIÓN DE IDENTIDAD Y FIRMA POR AUTORIDAD COMPETENTE (*)</b>		
	Certifico que los datos consignados en los recuadros Nº 1, 6 y 3 son copia fiel del/los obrante/s en el/los documento/s de identidad que en cada caso se indica/n, que tuve a la vista, y que la/s firma/s o impresión/es estampada/s en el recuadro Nº 6 fue/ron colocada/s en mi presencia.		
	-----	-----	-----
	Lugar y Fecha	Sello	Firma
	----- Aclaración de Firma y Cargo		
	(*) Únicamente podrán certificar: a) Funcionarios de las Cajas Nacionales, Provinciales o Municipales. b) Funcionarios de la Policía, Gendarmería Nacional, Prefectura Nacional Marítima. c) Juez de Paz o Escribano con Registro. d) Directores de Hospitales y Clínicas Nacionales, Provinciales, Municipales o Privadas en caso de Solicitantes internados en establecimientos bajo su Dirección		

Verificación de Antecedentes	Control de Recepción, Armado y Afiliación	
Se agrega:		
		Conforme

