

Capítulo caja complementaria



Caja complementaria de previsión para la actividad docente

Documentación reglamentaria para el trámite de solicitud

* **Formulario B-2000** debidamente cumplimentado por la/las escuela/as que efectuaron el aporte durante los últimos cinco años anteriores al cese. Uno por cada colegio firmado y sellado por la autoridad correspondiente. Firmado también por el interesado.

* El mismo formulario se elevará a **Recursos Humanos** del CGE para su certificación y luego al **Área Liquidaciones** de ese Consejo para la confección del cómputo de aportes efectuados los últimos 60 meses.

* En la **presentación al CGE** se adjuntarán además copias de los recibos de haberes de esos últimos cinco años, por

lo menos de dos o tres meses por cada año. Tener en cuenta cantidad de horas cátedra y cambios de situación de revista.

IMPORTANTE

Para acceder al beneficio previsional complementario, debe acreditarse un mínimo de 15 años de servicios docentes comprendidos en el marco de la ley 22.804. Asimismo, el solicitante deberá estar al día con el pago de sus aportes.

Para los casos con aportes en **Escuelas Privadas**, los formularios B-2000 los confecciona en su totalidad la misma institución. La certificación de firma la realiza la Dirección de Enseñanza Privada del CGE.

* Con el formulario B-2000 cumplimentado en su totalidad adjuntar:

- **Copias de los recibos de haberes** (los requeridos anteriormente)
- Copia del **DNI**.
- Copia del **Acuerdo Resolutivo de la Jubilación** (Resolución, Liquidación, Cese, Planilla demostrativa de Servicios).
- **Certificación de Servicios** extendida por Recursos Humanos del CGE.
- Copia de **recibo actual** de Jubilación.

NOTA

Toda la documentación que no sea original deberá estar autenticada por autoridad competente: Juez de Paz, Escribano Público o Autoridad Gremial con firma registrada ante esa Caja. No es competente la firma de la Policía de la Provincia de Entre Ríos.

Requisitos para el trámite de cobro

Se confeccionará 1 Formulario B-2000 por cada colegio que haya efectuado el descuento (cód. 512) durante los últimos 5 años de servicios anteriores al cese.

* Escuelas Estatales:

Lo confecciona la escuela. Sólo cumplimentará los datos personales y la última foja del formulario. El docente deberá firmar a modo de Declaración Jurada.

Al mismo tiempo se deberán juntar los **recibos de sueldo** de los últimos 5 años, de 3 o 4 meses por cada año (demostrando la situación de revista) por cada colegio que efectuó el aporte y por el cual se presenta un **Formulario B-2000**.

Formulario/s cumplimentados por las escuelas y fotocopias de los recibos de sueldo deberán ser elevados a la

Subdirección de RRHH del CGE para su confección.

Una vez que RRHH verifica toda la información volcada en los formularios, deriva la documentación al Área Liquidaciones del CGE. Allí se computan los aportes realizados y los formularios son certificados por las Autoridades de RRHH y Liquidaciones del CGE.

* Escuelas Privadas:

El formulario lo confeccionará el mismo establecimiento en su totalidad. Luego se elevará a la Dirección de Enseñanza Privada del CGE para la certificación de la firma del apoderado legal de la Institución.

Mientras se espera la confección del formulario/s B-2000, solicitar en:

* RR.HH. del CGE:

La Certificación de Servicios, comúnmente llamada sabana de servicios

* Caja de Jubilaciones y Pensiones de Entre Ríos:

Copia del Acuerdo Resolutivo de la Jubilación, que contiene:

- * Planilla Demostrativa de Servicios
- * Cómputo de Servicios
- * Resolución
- * Cese
- * Liquidación

Toda la documentación que sea fotocopia deberá estar autenticada por Juez de Paz, Escribano Público o Autoridad sindical con firma registrada ante la Caja Complementaria.

Una vez recopilada toda esta documentación anexar:

- * Copia de 1º y 2º hoja de DNI
- * Copia de recibo de haberes jubilatorios actual.

ESTABLECIMIENTO:										
CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS DOCENTES (LEY 22804 Y MODIFICATORIA) Y APORTES REALIZADOS EN EL ESTABLECIMIENTO EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS INMEDIATAMENTE ANTERIORES AL CESE							INST. PRIVADO , LETRA Y NUMERO			TELÉFONO
AÑO	CARGO / HS. CAT.	NIVEL	JOR	CAT	% ZONA	TOTAL REMUNERACIONES	TOTAL DIAS	% ANTIG	APORTE 4,5%	
ENERO										
FEBRERO										
MARZO										
ABRIL										
MAYO										
JUNIO Y SAC										
JULIO										
AGOSTO										
SETIEMBRE										
OCTUBRE										
NOVIEMBRE										
DICIEMBRE/SAC										

AÑO	CARGO / HS. CAT.	NIVEL	JOR	CAT	% ZONA	TOTAL REMUNERACIONES	TOTAL DIAS	% ANTIG	APORTE 4,5%
ENERO									
FEBRERO									
MARZO									
ABRIL									
MAYO									
JUNIO Y SAC									
JULIO									
AGOSTO									
SETIEMBRE									
OCTUBRE									
NOVIEMBRE									
DICIEMBRE/SAC									

AÑO	CARGO / HS. CAT.	NIVEL	JOR	CAT	% ZONA	TOTAL REMUNERACIONES	TOTAL	% ANTIG	APORTE 4,5%
							DIAS		
ENERO									
FEBRERO									
MARZO									
ABRIL									
MAYO									
JUNIO Y SAC									
JULIO									
AGOSTO									
SETIEMBRE									
OCTUBRE									
NOVIEMBRE									
DICIEMBRE/SAC									

AÑO	CARGO / HS. CAT.	NIVEL	JOR	CAT	% ZONA	TOTAL REMUNERACIONES	TOTAL	% ANTIG	APORTE 4,5%
							DIAS		
ENERO									
FEBRERO									
MARZO									
ABRIL									
MAYO									
JUNIO Y SAC									
JULIO									
AGOSTO									
SETIEMBRE									
OCTUBRE									
NOVIEMBRE									
DICIEMBRE /SAC									

AÑO	CARGO / HS. CAT.	NIVEL	JOR	CAT	% ZONA	TOTAL REMUNERACIONES	TOTAL	% ANTIG	APORTE 4,5%
							DIAS		
ENERO									
FEBRERO									

DETALLE DE AUSENCIAS Y LICENCIAS SIN GOCE DE SUELDO

CARGO / HS. CAT.	DESDE			HASTA			LICENCIA		
	DÍAS	MES	AÑO	DÍAS	MES	AÑO	AÑOS	MESES	DÍAS
TIEMPO TOTAL									

- a) Servicios comprendidos en el Estatuto del Docente (Ley 14473 y 19514) prestados en la enseñanza oficial, excepto las Universidades.
- b) Servicios comprendidos en el Estatuto del Docente prestados en establecimientos privados incorporados a la enseñanza oficial, excepto las Universidades.
- c) Servicios Docentes Transferidos por Leyes 21809, 21810, 22367, 22368 y 24049 desempeñados en las Jurisdicciones Provinciales y/o GCBA así como los servicios posteriores a éstos que constituyen una continuación de su carrera docente.
- d) Art. 32 - CONVENIOS (ver detalle en anexo).

CÓMPUTO DE SERVICIOS UTILIZADOS PARA OBTENER EL BENEFICIO PREVISIONAL		DESDE			HASTA			TOTAL	
		DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	AÑOS	MESES
a	Serv. docentes nacionales								
b	Serv. docentes privados								
c	Serv. docentes transferidos - provinciales - GCBA								
d	Serv. docentes incorporados a través de convenios								
DOCENTE									
OTROS									

TOTAL DE SERVICIOS COMPRENDIDOS EN LA LEY 22804 Y MODIFICATORIA				ANTIGÜEDAD TOTAL EN LA DOCENCIA (NACIONAL, PRIVADA, PROVINCIAL Y MUNICIPAL)			
	AÑOS	MESES	DÍAS		AÑOS	MESES	DÍAS

TOTAL AÑOS APORTADOS A LA CAJA COMPLEMENTARIA (DECRETO 163/99)		DESDE		HASTA		TOTAL AÑOS	FECHAS "DESDE" A CONSIDERAR PARA CÓMPUTO AÑOS APORTADOS
		MES	AÑO	MES	AÑO		
a	Serv. docentes nacionales						MARZO DE 1975
b	Serv. docentes privados						MAYO DE 1983
c	Serv. docentes transferidos primarios Ley 21809/10						OCTUBRE DE 1978
	Serv. docentes transferidos DINEA Ley 21367/68						OCTUBRE DE 1981
d	Serv. docentes transferidos Med. y terciarios Ley						S/CADA JURISDICCIÓN
	Serv. docentes incorporados a través de convenios						S/ CADA CONVENIO
TOTAL AÑOS APORTADOS							

OBSERVACIONES: _____

<p>CERTIFICO QUE LOS DATOS PRECEDENTEMENTE CITADOS SON EXACTOS Y VERACES</p> <p align="center">FIRMA DEL DIRECTOR O FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL</p> <p>SELLO DEL INSTITUTO ACLARACIÓN DE FIRMA</p>	<p>_____ LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL SOLICITANTE EN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA</p>
--	---

RESERVADO PARA LA REPARTICIÓN CERTIFICANTE - NO CUMPLIMENTAR

CERTIFICO QUE LOS SERVICIOS QUE ANTECEDEN GUARDAN SIMILITUD CON LOS QUE OBRAN EN NUESTROS REGISTROS

FIRMA DEL FUNCIONARIO

A) CERTIFICACIÓN DESCUENTOS OMITIDOS (PARCIAL O TOTALMENTE).										ANEXO EXPTE		B				
C) NOMBRE ESTABLECIMIENTO Y CÓD EX SNEP										TEL		MAIL				
D) DOMICILIO ESTABLECIMIENTO																
¿Cuándo dentro del período DECLARADO haya meses aportados, presentar primer y último recibo del lapso en cuestión, PRESENTAR UN RECIBO POR AÑO O CBIO SITUACIÓN																
E) AÑO:																
	F	G	H	I	J	K	L	M	F	G	H	I	J	K	L	M
	CARGO/HS CAT.	NIVEL	JOR	CAT.	%ZONA	%ANT	\$REMUNERADO	APORTE	CARGO/HS CAT.	NIVEL	JOR	CAT.	%ZONA	%ANT	\$REMUNERADO	APORTE
ENERO																
FEBRERO																
MARZO																
ABRIL																
MAYO																
JUNIO Y SAC																
JULIO																
AGOSTO																
SEPTIEMBRE																
OCTUBRE																
NOVIEMBRE																
DICIEMBRE Y SAC																
E) AÑO:																
	F	G	H	I	J	K	L	M	F	G	H	I	J	K	L	M
	CARGO/HS CAT.	NIVEL	JOR	CAT.	%ZONA	%ANT	\$REMUNERADO	APORTE	CARGO/HS CAT.	NIVEL	JOR	CAT.	%ZONA	%ANT	\$REMUNERADO	APORTE
ENERO																
FEBRERO																
MARZO																
ABRIL																
MAYO																
JUNIO Y SAC																
JULIO																
AGOSTO																
SEPTIEMBRE																
OCTUBRE																
NOVIEMBRE																
DICIEMBRE Y SAC																
E) AÑO:																
	F	G	H	I	J	K	L	M	N) OBSERVACION							
	CARGO/HS CAT.	NIVEL	JOR	CAT.	%ZONA	%ANT	\$REMUNERADO	APORTE	Declaro que los datos presentados en esta planilla son exactos y veraces y complementan los datos de servicios presentados en B 2000.							
ENERO									N) FIRMA DEL DECLARANTE y FECHA DE LA DECLARACIÓN							
FEBRERO									O) ACLARACIÓN DE FIRMA Y TIPO Y NRO DOCUMENTO							
MARZO									P) FIRMA Y ACLARACION DE AUTORIDAD CERTIFICANTE							
ABRIL																
MAYO																
JUNIO Y SAC																
JULIO																
AGOSTO																
SEPTIEMBRE																
OCTUBRE																
NOVIEMBRE																
DICIEMBRE Y SAC																

INSTRUCTIVO.

A) Esta planilla es complementaria del B 2000 presentado, por lo tanto hace referencia a los cinco años anteriores a la trayectoria presentada en el B 2000. Tiene el objetivo de declarar el cargo (y hs cátedra) sobre los que se omitió parcial o totalmente el descuento con destino al régimen complementario. ***Se confeccionará una planilla por cada cargo con omisión total o parcial de aporte.*** Junto a la planilla debe presentar un recibo por año que dé cuenta del cargo con los datos volcados en la planilla. En caso de que el cargo se altere durante el período, deberá presentar un recibo por cada modificación en la trayectoria. De tener un período dentro de estos cinco años con aporte total deberá presentar el primer y último recibo que abra y cierre el período en cuestión.

A continuación se detallan los items a ser cumplimentados.

B) A cargo de la Caja, No cumplimentar.

C) Nombre completo del Establecimiento, si es de gestión privada, además debe consignar el número que le asignó oportunamente la ex SNEP. Cumplimentar teléfono con prefijo del establecimiento y mail, si lo tuviere.

D) Domicilio completo del establecimiento, consignado calle, número, Localidad, código postal y

E) Año al que se refieren los datos que se declaran.

F) Cargo u hs de cátedra en las que hubo omisión parcial o total de descuento.

G) Nivel del cargo (preprimario, primario, medio o superior)

H) Jornada: Simple o completa.

I) Categoría: Asignada al Establecimiento según grados y divisiones. Consignar sólo en caso de cargos directivos.

J) % Zona: Establecimientos Alejados del radio urbano a los que se le asigna un adicional por esa

K) % Antigüedad: El porcentaje de antigüedad que se le liquidó según recibo de sueldo para cada mes y año que se declara.

L) Total de \$ pesos (bruto) con que se remuneró el cargo, según recibo.

M) En caso de omisión total del aporte, cruzar el casillero, cuando el aporte sea parcial, declarar el importe que conste en el recibo.

N) Observación. Espacio reservado para que el declarante realice aclaraciones que juzgue

Ñ) Firma del declarante, titular de la petición del beneficio complementario y Fecha de la

O) Aclaración de la firma y tipo y número de documento del declarante.

P) Firma, sello y aclaración de la autoridad que certifica la firma. Empleado de la Caja Complementaria, Delegaciones Gremiales y Centros de Jubilados registrados ante la Caja Complementaria, autoridad Policial, Juez de Paz, Escribano, Director del Establecimiento.

*Caja Complementaria de Previsión
para la Actividad Docente
Ab. Alsina 875
(1087) Cap. Fed.*

Buenos Aires;

Al
Dpto. Mesa de Entradas
S _____ / _____ D

EXPEDIENTE N°		
---------------	--	--

BENEFICIARIO / APODERADO		
CAMBIO DE DOMICILIO		
CAMBIO DE SUCURSAL		

De mi consideración:

El/ la que suscribe

--

en su carácter de beneficiario/a - apoderado/a, del beneficio de referencia, comunica nuevo domicilio sito en :

Calle		N°				Piso		Dpto.	
-------	--	----	--	--	--	------	--	-------	--

Teléfono		Localidad		C.P.		
----------	--	-----------	--	------	--	--

Provincia				
-----------	--	--	--	--

No llenar

La sucursal más próxima al domicilio citado es :

		Código BANCO			
--	--	--------------	--	--	--

No llenar

Sin otro particular saludo a usted atentamente.

Firma

Doc. _____ N° _____

En caso de Apoderado, completar el nombre del beneficiario

--



REQUISITOS PARA SOLICITAR COMPLEMENTO DE PENSIÓN Formulario B - 2000

1. Cumplimentar en todas sus partes el formulario B – 2000, uno con los datos del docente fallecido y otro con los datos personales del/los pensionado/s peticionante/s. Si el causante fue beneficiario de la Caja, puede omitir los datos de éste referidos a su prestación docente.

IMPORTANTE: NO OMITA FIRMAR SU DECLARACIÓN JURADA

2. Fotocopia DNI del pensionado/a
3. Fotocopia autenticada del Certificado de Defunción.
4. Fotocopia autenticada del Certificado de Matrimonio.
5. Fotocopia autenticada del Certificado de Nacimiento de hijos menores.
6. Fotocopia autenticada de la notificación de Acuerdo y Cobro de pensión donde conste la fecha de alta del beneficio previsional. Si la pensión es anterior al año 1975 deberá presentar el carnet de pensión.
7. En caso de coparticipación presentar fotocopia autenticada de la Hoja de Cómputos o Datos Básicos expedida por la Caja Previsional respectiva, donde conste el porcentaje inicial y la fecha de caducidad de cada uno de los beneficiarios de la pensión.
8. Fotocopia autenticada del último recibo de pensión.
9. Si el docente fallecido ha sido beneficiario de esta Caja, deberá cumplimentar el formulario de **Declaración Jurada** a fin de reclamar complementos no percibidos.

Todas las fotocopias deben estar autenticadas por Escribano, Juez de Paz, Autoridad Policial o personal de los Gremios con firma registrada ante esta Caja.

Caja Complementaria de Previsión para la Actividad Docente

Adolfo Alsina 875
C1087AAM Buenos Aires - Capital Federal

Tel.: (011) 4342-2132/35 o 4342-4076/78 // 0800-33-3623683
Fax: (011) 4343-7449 - E-mail: beneficios@cajadocente.com.ar

REQUISITOS INDISPENSABLES

Cumplimentar en todas sus partes el formulario B-2000, con los datos personales del/los pensionados y del docente fallecido.

PRESENTAR fotocopias autenticadas por Escribano, Juez de Paz, Autoridad Policial, Registro Público de Comercio, personal de esta Caja, Centros de Jubilados y Seccionales Gremiales con firma registrada ante esta entidad, de la siguiente documentación:

1. DNI del pensionado/a, fs. 1 y 2
2. Certificado de Defunción.
3. Certificado de Matrimonio, actualizado.
4. Certificado de Nacimiento de hijos menores.
5. Notificación de Acuerdo y Cobro de pensión donde conste la fecha de alta del beneficio previsional.
6. En caso de coparticipación presentar fotocopia autenticada de la Hoja de Cómputos o Datos Básicos expedida por la Caja Previsional respectiva, donde conste el porcentaje inicial y la fecha de caducidad de cada uno de los beneficiarios de la pensión.
7. Último recibo de pensión.
8. Últimos 6 (seis) recibos de esta Caja Complementaria (**NO de jubilación**) percibidos por el docente fallecido.
9. Si el extinto era beneficiario de esta Caja, deberá cumplimentar el formulario de **Declaración Jurada Por Fallecimiento** a fin de reclamar complementos no percibidos.

IMPORTANTE
NO OMITIR FIRMAR LA DECLARACIÓN JURADA

CAJA COMPLEMENTARIA DE PREVISIÓN PARA LA ACTIVIDAD DOCENTE
ADOLFO ALSINA 875 (C1087AAM) CAPITAL FEDERAL
Atención al Público de 9.00 a 18.00 hs.
TELEFAX : 4-342-2132/35 4-342-4076/78
E-MAIL: beneficios@cajadocente.com.ar // 0800-33-3623683

Docente

www.cajadocente.com.ar

Caja Complementaria de Previsión
para la Actividad Docente
A. Alsina 875
(1087) Cap. Fed.

ANEXO I

**DECLARACION JURADA SOLICITANDO EL PAGO DE COMPLEMENTOS
ADEUDADOS A BENEFICIARIOS FALLECIDOS**

El/la que suscribe,
domiciliado/a en.....
provincia, solicita la percepción de los
Complementos adeudados a D.N.I. /
L.C. / L.E. N° Expediente N°..... en su carácter
de derecho habiente del mismo, acreditando su fallecimien-
to con la Partida de Defunción, y el vínculo con el Acta de MATRIMONIO /
NACIMIENTO, que en este acto acompaña.

Declara bajo juramento que No (x) es la única persona con derecho a
percibir los Complementos impagos antes mencionados.

(x) Tachar según corresponda.

CERTIFICACION DE FIRMA

CERTIFICO que don/ña.....
cuyos datos consignados son exactos y veraces, ha rubricado la presen-
te ante mí, acreditando su identidad con D.N.I. /L.C./L.E. número--
.....

.....
Firma solicitante Lugar y fecha Firma y sello del
funcionario (*)

(*) Escribano, Juez de Paz o autoridad policial.

RESERVADO PARA LA CAJA

C.C.D
mrr

Fecha de recepción
Observaciones.....
.....
.....
.....