INSTITUTO DE OBRA SOCIAL
DEL EMPLEADO PROVINCIAL
DPTO. AFILIACIONES
9 de julio Nº 359 C.P. 4200
Santiago del Estero

Nº DE AFILIADO ☐☐☐☐☐☐☐☐ CODIGO USO I.O.S.E.P. ☐

DECLARACION JURADA DEL AFILIADO

ANTES DE LLENAR ESTE FORMULARIO LEA LAS INSTRUCCIONES

Uso I.O.S.E.P. Hoja de Vuelco I A Nº_____
Hoja de Vuelco I B Nº_____

DATOS PERSONALES DEL AFILIADO

APELLIDO Y NOMBRE DEL AFILIADO: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

APELLIDO PATERNO: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ APELLIDO MATERNO: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ USO I.O.S.E.P.

FECHA DE NACIMIENTO: DIA ☐☐ MES ☐☐ AÑO ☐☐ NACIONALIDAD:_____ ESTADO CIVIL: _____☐

LUGAR DE NACIMIENTO: Localidad_____ Provincia: _____

REPARTICION _____MINISTERIO_____ FECHA DE INGRESO A LA ADMINISTRACION: DIA ☐☐ MES ☐☐ AÑO ☐☐

LUGAR DE PAGO_____ Código de lugar de pago: ☐☐☐☐☐

CARGO: Categoría_____ Denominación del Cargo: _____

SI ES JUBILADO 1 Jub. 3 Jub.
O PENSIONADO Tipo Beneficio ☐ 2 Pens. Prov. 4 Pens. Nac. Nº de Beneficio ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TIPO ☐ Nº DE DOCUMENTO ☐☐☐☐☐☐☐☐ TIPO: 1 L.E. 3 JUB. NAC. 5 DOC. NAC. DE IDENTIDAD; 2 L.C. 4 PASAPORTE 6 CERT. NAC. DE IDENTIDAD

DOMICILIO ACTUAL: Calle:_____ Nº de Puerta: _____ Dpto. :_____
Localidad:_____ Provincia: _____ Tel.(____) _____

DATOS DE BENEFICIARIOS OBLIGATORIOS

CONYUGUE

Cuadro 1	Cod. Benef.	APELLIDO Y NOMBRE	DOCUMENTO DE IDENTIDAD T	DOCUMENTO DE IDENTIDAD NUMERO	FECHA DE CASAMIENTO DIA	FECHA DE CASAMIENTO MES	FECHA DE CASAMIENTO AÑO	SEXO
	00							
	00							
	00							

GOZAN DE BENEFICIOS LOS HIJOS SOLTEROS VARONES HASTA LOS 18 AÑOS Y LAS HIJAS MUJERES SOLTERAS HASTA 21 AÑOS DE EDAD

HIJOS

Cuadro 2	APELLIDO Y NOMBRE	DOCUMENTO DE IDENTIDAD T	DOCUMENTO DE IDENTIDAD NUMERO	FECHA DE NACIMIENTO DIA	FECHA DE NACIMIENTO MES	FECHA DE NACIMIENTO AÑO	SEXO	EST. CIV.	FECHA DE BAJA DIA	FECHA DE BAJA MES	FECHA DE BAJA AÑO

NOTA: Este formulario debe ser presentado llenado en todas sus partes con una fotografía por persona a afiliar mayor de 10 años de edad y Documento de Identidad. Con respecto a la documentación **POR CÓNYUGE**, Acta de Matrimonio – **POR HIJO** Acta de Nacimiento, Legalizada.

Responsable Receptor:_____ Codificador:_____ Vuelco:_____

Declaro bajo juramento que los datos expresados son correctos y completos.

FECHA DE INGRESO AL I.O.S.E.P.					
DÍA		MES		AÑO	

_____
firma

Certifico que el/la Sr./Sra. _____

Desempeña actualmente en esta Repartición el cargo de _____

Con carácter de:

Titular	Contratado	Interino	Suplente	Jornalizado	Reemplazante

y SI/NO Se le han efectuado los aportes establecidos en la Ley Nº 4021

Aporte Obligatorio mes ☐☐ $ porcentaje ☐☐☐☐☐ Aporte Adicional mes ☐☐ $ porcentaje ☐☐☐☐☐

Total Sueldo $ ☐☐☐☐☐,☐☐ Aporte **TOTAL** mes ☐☐ $ porcentaje ☐☐☐☐☐

Tachar lo que no corresponde:

Santiago del Estero. ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

_____
Firma Habilitado Responsable

_____
Firma Responsable Repartición

Beneficiarios optativos:

Hijos varones. mayores de 18 años y mujeres, mayores de 21 años, - Solteros, siempre que cursen estudios superiores, hasta los 25 años. – Menores a cargo – Hijos incapacitados – Padres. Este tramite debe efectuarse por separado ante el Departamento Afiliaciones.-

Cod. Ben	APELLIDO Y NOMBRE	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		FECHA DE INCLUSION			SEXO	PADRE	INVALIDES	UNIVERSITARIO	MEN. A CARGO	FECHA DE BAJA	
		T	NUMERO	DIA	MES	AÑO						MES	AÑO