

Nº: ..... N° de Afiliado: .....

APELLIDO Y NOMBRE DEL TITULAR: .....

REPARTICIÓN: .....

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO: .....

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ..... CUIL: .....

DOMICILIO ACTUAL: Calle ..... N°: ..... Dpto: .....

Localidad: ..... Provincia: ..... Tel: .....

ESTADO CIVIL      CARÁCTER      CÓDIGO      SEXO:    Masculino     Femenino

Soltero            \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_  
Casado            \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_  
Viudo            \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_  
Sep. Legal            \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

Documentación que se acompaña: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

LOS DATOS CONSIGNADOS TIENEN EL CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA

FECHA: ...../...../.....

**Me obligo a realizar los trámites y comunicar al IOSEP del cambio de estado de los beneficiarios a mi cargo, según lo establece la ley 4021, (altas, bajas de hijos mayores estudiantes, padres, menores a cargo, etc.) Liberando al IOSEP de toda responsabilidad relacionada a la omisión de dicha tarea.**

\_\_\_\_\_  
Firma

GERENTE GENERAL

FECHA DE INGRESO: ...../...../.....

Autorizado por primera vez

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello Jefe de Dpto.

Dependiente de: .....

Reviste como Afiliado al IOSEP bajo el N°: ..... y registra aporte controlado en planillas del mes .....

del año ..... conforme lo siguiente: Pesos ..... , ..... % Obligatorio y Adicional de Pesos ..... , ..... %

Fecha : ...../...../.....

Dpto. AFILIACIONES

JUNTA MÉDICA	<p>A los ..... días del mes de ..... del año ..... Siendo las ..... : ..... horas, se realiza la junta médica con la presencia de los Dres. ....</p> <p>.....</p> <p>por el IOSEP y el Dr. .... por .....</p> <p>a efectos de determinar la incapacidad manifestada. Examinado e interrogado el enfermo se concluye que padece de:</p> <p>Incapacidad Total - Definitiva y/o incapacidad Total - Temporaria: .....</p> <p>.....</p> <p>por el término de ..... Fecha: ...../...../.....</p> <p><small>*este espacio solo es llenado p/incapacidad</small></p>
--------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ASESORÍA LEGAL	<p>Sr. Gerente Prestacional</p> <p>Es de aplicación lo dispuesto por el Art. 5º Inc.... - Ley N° 5469 debiendo efectuar el aporte adicional del 1% Atentamente.</p> <p>Fecha: ...../...../.....</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">Firma</p>
----------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

GER. PRESTACIONAL	<p>Sr. Gerente General</p> <p>Esta gerencia aconseja aprobar - desestimar la gestión.</p> <p>Fecha: ...../...../.....</p>
-------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>AUTORIZADO Y/O DENEGADO</p> <p>GERENCIA GENERAL</p>	<p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">Firma</p>
--------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------

**NOTA: Los hijos/as a partir de los 18 años de acuerdo a la ley 4021 y Modif. Siempre que continúe como estudiantes regulares mantendrán los servicios que brindan la Obra Social previo aporte del 1% (uno por ciento) adicional por cada uno y presentación del certificado de estudio correspondiente; hasta cumplir los 25 años. Este certificado debe ser presentado hasta el 30 de abril de cada año el de inicio de clases y hasta el 15 de diciembre el de finalización de clases respectivamente; caso contrario caducaran automáticamente los beneficios.-**

DEVUELTO AL DPTO. AFILIACIONES: ...../...../.....

A los días ..... del mes de ..... del año ..... se notifica al interesado de la autorización y/o denegación a la gestión iniciada, oportunidad en que se retira formulario para presentar a la habilitación de ..... Para que se realice el descuento adicional, el que será devuelto a este departamento por el afiliado cuando se realicen los aportes mencionados.

\_\_\_\_\_

Firma