

EMPADRONAMIENTO DE BENEFICIARIOS

 ALTA

 MODIFICACIÓN

DELEGACIÓN

CÓDIGO DELEGACIÓN

FECHA EMISIÓN

TITULAR

TIPO Y NRO. DOCUMENTO		CUIL			APELLIDO Y NOMBRES	TIPO CARACTER		SEXO	FECHA NAC	EST. CIVIL	NACIONALIDAD	TIPO BENEFICIARIO
TIPO	NUMERO	PRE	NUMERO	D.V		PRIMARIO	TITULAR					

BENEFICIO JUBILATORIO				LOCALIDAD DE ATENCION MEDICA				CAJA PREVISIONAL	C.U.I.T	SUC	RAZÓN SOCIAL	FECHA INGRESO

HORARIO LABORAL DESDE	HORARIO LABORAL HASTA	CATEGORIA LABORAL	SUELDO MENSUAL

MUY IMPORTANTE DOCUMENTACION BÁSICA PARA EL EMPADRONAMIENTO DEL TITULAR Y GRUPO FAMILIAR PRIMARIO

1. ESTE FORMULARIO COMPLETO SEGÚN INSTRUCCIONES DEL DORSO. 2. ORIGINAL Y FOTOCOPIA DEL ÚLTIMO RECIBO DE SUELDO. 3. FOTOCOPIA DE LOS DNI TITULAR Y FAMILIARES 1ERA HOJA Y AQUELLA DONDE CONSTE EL ÚLTIMO DOMICILIO. 4. ORIGINAL Y FOTOCOPIAS DEL ECRTIFICADO DE MATRIMONIO Y PARTIDAS DE NACIMIENTO DE LOS HIJOS.

EN CASO DE EMPADRONAMIENTO DE OTROS FAMILIARES CONSULTAR EN LA DEPENDENCIA DE OSECAC MAS CERCANA

**NO UTILICE
LOS ESPACIOS
SOMBREADOS**

DOMICILIO DEL TITULAR

CALLE	NUMERO	PISO	DPTO.	CPO.	LOCALIDAD	CODIGO POSTAL	PROVINCIA	TELEFONO

GRUPO FAMILIAR

TIPO Y NRO DOCUMENTO		APELLIDOS Y NOMBRES	TIPO CARACTER		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EST. CIVIL	CALLE		NUMERO	PISO	DEPTO	CPO	LOCALIDAD ATENCION MEDICA
TIPO	NUMERO		TIPO	CTER.				LOCALIDAD	COD. POS.					

CÓDIGOS A UTILIZAR

TIPO DOC: DNI / LC / LE / PASAPORTE **SEXO:** F / M **ESTADO CIVIL:** SOLTERO / CASADO / VIUDO / SEPARADO / DIVORCIADO **TIPO BENEFICIARIO:** DIRECTO / JUBILADO / ADHERENTE / SUSTITUTO / CORRESPONSAL **TIPO CARÁCTER:** TIPO PRIMARIO / NO PRIMARIO A / NO PRIMARIO B **CTER. (PARENTESCO):** 01 ESPOSA / 02 HIJO SOLTERO HASTA 21 AÑOS / 05 HIJO INCAPACITADO CUALQUIER EDAD / 11 HIJO ESTUDIANTE SOLTERO DE 21 A 25 AÑOS / 13 CONCUBINA/O / 14 VARÓN O MUJER SOLTERO A CARGO HASTA 21 AÑOS

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO

1. NO UTILIZAR LOS ESPACIOS SOMBREADOS, SON PARA USO EXCLUSIVO DE OSECAC.
2. DEBE EMITIRSE ORIGINAL Y COPIA.
3. EL TIPO DE DOCUMENTO, EL TIPO DE BENEFICIARIO, EL CARÁCTER, EL SEXO Y EL ESTADO CIVIL, TANTO DEL CARÁCTER COMO OS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR, SE CODIFICARÁN SEGÚN LA TABLA DE CÓDIGOS INSERTA EN LA PARTE INFERIOR DEL ANVERSO DE ESTE FORMULARIO.
4. EN EL CASO DE ALTA TANTO DEL TITULAR COMO DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR, SON OBLIGATORIOS TODOS LOS DATOS SALVO LAS SIGUIENTES EXCEPCIONES:
 - BENEFICIO JUBILATORIO, SÓLO PARA BENEFICIARIOS JUBILADOS.
 - C.U.I.T SUC, Y RAZÓN SOCIAL: SÓLO PARA TITULARES ACTIVOS Y SU GRUPO FAMILIAR.
5. EN CASOS DE MODIFICACIONES DE DATOS, SEA DEL TITULAR O DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR, SE DEBE COMPLETAR OBLIGATORIAMENTE EL DOCUMENTO Y APELLIDO Y NOMBRES CORRESPONDIENTES, LUEGO SE COMPLETARÁ SÓLO EL DATO A MODIFICAR.
6. EN LA DECLARACIÓN JURADA DE LA EMPRESA SE PROPORCIONARÁ EL NOMBRE Y DOMICILIO DEL CENTRO MÉDICO DONDE EN QUE SE LLEVO A CABO EL EXÁMEN PRE- OCUPACIONAL DE LA PERSONA A AFILIAR.
7. EN CASO DE PERSONAL A TIEMPO PARCIAL, SERÁ INCORPORADO DANDO EL CONFORME EN EL RECUADRO AL PIE DE ESTAS INSTRUCCIONES.

DECLARACIÓN JURADA EMPRESA

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE EL TITULAR DEL GRUPO FAMILIAR DECLARADO EN ESTE FORMULARIO, SE DESEMPEÑA A LA FECHA EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA EN ESTA EMPRESA.
 INFORMO QUE AL MISMO SE LE HA REALIZADO EXAMEN MÉDICO PRE-OCUPACIONAL EN:

.....

SITO EN:

CON FECHACOMPROBANDOSE QUE GOZA DE BUENA SALUD.

ME COMPROMETO COMO EMPLEADORA DE L TITULAR A REALIZAR LAS RETENCIONES Y LOS APORTES Y CORRESPONDIENTES A LA OSECAC, CONFORMA A LO DISPUESTO POR LA LEY 23660.

ASUMO ASÍ MISMO ANTE LA OSECACY EN FORMA SOLIDARIA CON EL TITULAR LA RESPONSABILIDAD CIVIL Y/O PENAL CORRESPONDIENTES POR LA FALSEDAD DE LOS DATOS INCLUIDOS EN EL PRESENTE FORMULARIO

DOMICILIO REAL.....

.....

.....

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

CERTIFICACIÓN DE LA FIRMA DEL EMPLEADOR

PERSONAL A TIEMPO PARCIAL

EN MI CARÁCTER DE EMPLEADO DE LA EMPRESA.....

.....(CUIT NRO.....). DEJO CONSTANCIA QUE PARA EL CASO DE QUE MI REMUNERACIÓN SEA EN ALGÚN MOMENTO INFERIOR A TRES MOPRES, OPTO VOLUNTARIAMENTE A CONTINUAR EN EL SISTEMA DE OBRAS SOCIALES, TOMANDO A MI CARGO LAS DIFERENCIAS DE APORTES Y EL DEPOSITO DEL 10% DEL PAGO AL FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCIÓN PRESCRIPTOS POR EL DECRETO 1867/02.

.....
FIRMA DEL EMPLEADO

ACALARACIÓN.....

C.U.I.L NRO:

*POR LA PRESENTE ME COMPROMETO A DECLARAR ANTE LA AFIP AL EMPLEADO CITADO PRECEDENTEMENTE, Y DADO LA OPCIÓN EFECTUADA POR ESTE, A REALIZAR LOS APORTES Y CONTRIBUCIONES DE OBRA SOCIAL Y A INTEGRAR Y EL 10% AL FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCIÓN SOBRE LA BASE DE TRES MOPRES, DURANTE LOS PERIODOS EN QUE SU REMUNERACIÓN MENSUAL SEA INFERIOR A DICHO MINIMO.

.....
FIRMA EMPLEADORA

C.U.I.LT NRO:

DECLARACIÓN JURADA DEL TITULAR

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS INTEGRANTES DE MI GRUPO FAMILIAR, INDICADO EN ESTE FORMULARIO, NO SON BENEFICIARIOS DE OBRA SOCIAL ALGUNA, NO PERCIBEN INGRESOS DE NINGÚN TIPO Y SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO DE SALUD ASIMISMO ME COMPROMETO A REINTEGRAR LOS GASTOS QUE OCASIONEN LAS PRESTACIONES BRINDADAS EN CASO DE QUE SE COMPRUEBE FALSEDAD EN LOS DATOS SUMINISTRADOS.

.....
FIRMA DEL EMPLEADO

DELEGACIÓN

DECLARO HABER TENIDO A LA VISTA LAS PARTIDAS QUE PRUEBAN LOS PARENTESCOS, COMO ASI TAMBIÉN TODA LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA EL EMPADRONAMIENTO.

.....
FIRMA Y SELLO