

ALTA ☐MODIFICACIÓN ☐

DELEGACIÓN

CÓDIGO DELEGACIÓN

FECHA EMISIÓN

TIPO Y NRO. DOCUMENTO		CUIL			APELLIDO Y NOMBRES		TIPO CARACTER		SEXO	FECHA NAC			EST. CIVIL	NACIONALIDAD	TIPO BENEFICIARIO
TIPO	NUMERO	PRE	NUMERO	D.V.											
DNI	38098035	27	38098035	0	Rodas Layla Anabela		PRIMARIO	TITULAR	F	06	12	93	Soltera	Argentina	

BENEFICIO JUBILATORIO					LOCALIDAD DE ATENCION MEDICA	CAJA PREVISIONAL	C.U.I.T	SUC	RAZÓN SOCIAL	FECHA INGRESO		
							30711087970		NATANDY SA	01	06	21

HORARIO LABORAL DESDE	HORARIO LABORAL HASTA	CATEGORIA LABORAL	SUELDO MENSUAL
15:00	21:00	Operador Telefónico	38,318.34

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 CERTIFICADO 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
JUJUY	1470	-	-	-	Loma Hermosa	1657	Buenos Aires	1130043235

GRUPO FAMILIAR[illegible]

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.

PERSONAL A TIEMPO PARCIAL

EN MI CARÁCTER DE EMPLEADO DE LA EMPRESA.....
NATANDY SA (CUIT NRO. **30711087970**), 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.

Rodas Layla Anabela

FIRMA DEL EMPLEADO

ACALARACIÓN: **Rodas Layla Anabela**

C.U.I.L NRO: **27-38098035-0**

*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.**

Rodas Layla Anabela

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

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:

CEMLA CENTRO MÉDICO

SITO EN: **Bernardo de Irigoyen 1302, CABA**

CON FECHA **28-05-2021** COMPROBANDOSE 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 **Miñones 1856, CABA, CP:1428**

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

CERTIFICACIÓN DE LA FIRMA DEL EMPLEADOR