



**INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO**

1. NO UTILIZAR LOS ESPACIOS SOMBRREADOS, SON PARA USO EXCLUSIVO DE OSECAC.
2. DEBE EMITIRSE EN ORIGINAL Y 1 COPIA.
3. EL TIPO DE DOCUMENTO, EL TIPO DE BENEFICIARIO, EL CARACTER, EL SEXO Y EL ESTADO CIVIL, TANTO EN CASO DE TITULAR COMO PARA INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR, SE CODIFICARAN SEGUN LA TABLA DE CODIGOS 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: SOLO PARA JUBILADOS TITULARES  
 -C.U.I.T. SUC. Y RAZON SOCIAL: SOLO PARA TITULARES ACTIVOS Y SU GRUPO FAMILIAR
5. EN CASO 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 COMPLETARA SOLAMENTE EL DATO A MODIFICAR.
6. EN LA DECLARACION JURADA DE LA EMPRESA SE PROPORCIONARA EL NOMBRE Y DOMICILIO DEL CENTRO MEDICO EN QUE SE LLEVO A CABO EL EXAMEN PRE-OCUPACIONAL DE LA PERSONA A AFILIAR.
7. EN CASO DE PERSONAL A TIEMPO PARCIAL, SERA INCORPORADO DANDO EL CONFORME EN EL RECUADRO AL PIE DE ESTAS INSTRUCCIONES.

**DECLARACION JURADA EMPRESA**

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE EL TITULAR DEL GRUPO FAMILIAR DECLARADO EN ESTE FORMULARIO, SE DESEMPEÑA A LA FECHA EN RELACION DE DEPENDENCIA EN ESTA EMPRESA. INFORMO QUE AL MISMO SE LE HA REALIZADO EXAMEN MEDICO PRE-OCUPACIONAL EN:.....  
 .....  
 SITO EN:.....  
 CON FECHA:....., COMPROBANDOSE QUE GOZA DE BUENA SALUD.

ME COMPROMETO COMO EMPLEADORA, DEL TITULAR A EFECTUAR LAS RETENCIONES DE LOS APORTES Y CORRESPONDIENTES A LA OSECAC, CONFORME A LO DISPUESTO POR LA LEY 23660.

ASUMO ASIMISMO ANTE LA OSECAC Y EN FORMA SOLIDARIA CON EL TITULAR, LA RESPONSABILIDAD CIVIL Y/O PENAL CORRESPONDIENTE POR LA FALSEDAD DE LOS DATOS INCLUIDOS EN EL PRESENTE FORMULARIO.

**PERSONAL A TIEMPO PARCIAL**

"EN MI CARACTER DE EMPLEADO DE LA EMPRESA.....  
 .....(C.U.I.T. NRO.....), DEJO CONSTANCIA QUE, PARA EL CASO DE QUE MI REMUNERACION SEA EN ALGUN MOMENTO INFERIOR A TRES MOPRES, OPTO VOLUNTARIAMENTE POR CONTINUAR EN EL SISTEMA DE OBRAS SOCIALES, TOMANDO A MI CARGO LAS DIFERENCIAS DE APORTE Y EL DEPOSITO DEL 10% AL FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCION PRESCRIPTOS POR EL DECRETO 1867/02".

.....  
 FIRMA DEL EMPLEADO  
 ACLARACION:.....  
 C.U.I.T. NRO.:.....

**DECLARACION JURADA 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 NINGUN 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

**DELEGACION**

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

.....  
 FIRMA Y SELLO

"POR LA PRESENTE ME COMPROMETO A DECLARAR ANTE LA AFILIACION EMPLEADO CITADO PRECEDENTEMENTE, Y DADO LA OPCION EFECTUADA POR ESTE, A REALIZAR LOS APORTES Y CONTRIBUCIONES DE OBRA SOCIAL Y A INTEGRAR EL 10% AL FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCION SOBRE LA BASE DE TRES MOPRES, DURANTE LOS PERIODOS EN QUE SU REMUNERACION MINUSUAL SEA INFERIOR A DICHO MINIMO".

.....  
 FIRMA EMPLEADORA  
 C.U.I.T. NRO.:.....

.....  
 FIRMA Y SELLO EMPLEADOR

CERTIFICACION DE LA FIRMA DEL EMPLEADOR