



FECHA DE RECEPCIÓN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**SOLICITUD DE AFILIACION**

DECLARACION JURADA

DATOS PERSONALES				
Tipo y N° de Documento:			C.U.I.L.:	
Apellido:		Nombres:		
Nacionalidad:	Sexo:	Fecha de nac.:	Estado civil:	
Domicilio Calle		N°	Piso:	Dto.:
Localidad:	Provincia:	Tel.:	C.P.:	
E-Mail:				
DATOS LABORALES				
Empresa:				
Calle:		N°:	Piso:	
Localidad:		Tel.:	C.P.:	
Fecha de Ingreso:		CUIT de la Empresa:		
<input type="checkbox"/> MAESTRANZA <input type="checkbox"/> ADMINISTRATIVO <input type="checkbox"/> OTRO: _____		Categoría: _____ Sueldo / Comisiones: _____		

Firma del Solicitante

\*\*Mantenga actualizado su e-mail ya que toda notificación enviada allí será considerada como válida.\*\*

GRUPO FAMILIAR COMPLETAR SOLO SI DESEA AFILIAR A SU GRUPO FAMILIAR					
Parentesco:		Tipo y N° de Documento:		CUIL / CUIT	
Apellido y Nombre:					
Nacionalidad		Fecha de Nacimiento:		Estado Civil:	
Sexo:		Estudia:		Conv. c/Titular:	
		SI NO		SI NO	
Parentesco:		Tipo y N° de Documento:		CUIL / CUIT	
Apellido y Nombre:					
Nacionalidad		Fecha de Nacimiento:		Estado Civil:	
Sexo:		Estudia:		Conv. c/Titular:	
		SI NO		SI NO	
Parentesco:		Tipo y N° de Documento:		CUIL / CUIT	
Apellido y Nombre:					
Nacionalidad		Fecha de Nacimiento:		Estado Civil:	
Sexo:		Estudia:		Conv. c/Titular:	
		SI NO		SI NO	

**NO COMPLETAR, USO INTERNO OSTEP**

DELEGACION: \_\_\_\_\_

RECEPTOR: \_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO

\*\*Los hijos mayores de 21 años se darán de baja automáticamente salvo que posean CUD vigente o presenten certificado de estudios emitido por institución oficial.\*\*

## INFORMACION LEGAL

SE DEBERÁ TENER EN CUENTA QUE SE HA ESTABLECIDO QUE EL HABER MÍNIMO PARA EL CÁLCULO DE LOS APORTES Y CONTRIBUCIONES DE OBRA SOCIAL EN LOS TÉRMINOS DE LAS LEYES 23660 Y 23661, SE TOMARÁ COMO BASE EL EQUIVALENTE A DOS (2) BASES MÍNIMAS DE LAS PREVISTAS POR EL ART 3 DE LA RESOLUCIÓN 52/2021 DE LA ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL O LA QUE LA REEMPLACE EN EL FUTURO, SEGÚN DECRETO 921/2016.

ASIMISMO, LOS EMPLEADOS DE LA ACTIVIDAD COMPRENDIDA EN LOS CCT 318/99 Y CCT 326/2000 DEBEN APORTAR LO QUE CORRESPONDIERA A UN EMPLEADO DE JORNADA COMPLETA DE LA CATEGORÍA EN LA QUE ESTÉ ENCUADRADO SEGÚN SEA SU ACTIVIDAD LABORAL, INDEPENDIENTEMENTE DE QUE SEAN TRABAJADORES A TIEMPO PARCIAL, DE ACUERDO AL ART. 92 TER DE LA LCT Y EL ART 39 DEL CCT 318/99.

POR LA PRESENTE, DECLARA SU CONFORMIDAD DE QUE SE LE REALICEN LOS DESCUENTOS PERTINENTES CONFORME EL CONVENIO QUE RESULTE APLICABLE.

FIRMA: \_\_\_\_\_

ACLARACION: \_\_\_\_\_

REPRESENTANTE LEGAL DE LA INSTITUCION

### DELEGACION

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

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO

### MOTIVO DE RECHAZO:

FALTA DOCUMENTACION: \_\_\_\_\_

NO CORRESPONDE A LA ACTIVIDAD

POSEE OPCION ACTIVA A OTRA OBRA SOCIAL

NO ALCANZA REMUNERACION MINIMA REQUERIDA (RES. ANSeS 27/2014)

OTRO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DELEG. CENTRAL