



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		Nº	Piso: Dto.:
Localidad:	Provincia:	Tel.: ACLARAR CÓDIGO DE ÁREA C.P.:	
E-Mail:			
DATOS LABORALES			
Empresa:			
Calle:		Nº:	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:	
Estudia:	SI	NO	Conv. c/Titular:	SI	NO
Parentesco:		Tipo y N° de Documento:		CUIL / CUIT	
Apellido y Nombre:					
Nacionalidad		Fecha de Nacimiento:		Estado Civil:	
Estudia:	SI	NO	Conv. c/Titular:	SI	NO
Parentesco:		Tipo y N° de Documento:		CUIL / CUIT	
Apellido y Nombre:					
Nacionalidad		Fecha de Nacimiento:		Estado Civil:	
Estudia:	SI	NO	Conv. c/Titular:	SI	NO
Parentesco:		Tipo y N° de Documento:		CUIL / CUIT	
Apellido y Nombre:					
Nacionalidad		Fecha de Nacimiento:		Estado Civil:	
Estudia:	SI	NO	Conv. c/Titular:	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 AL VISTA LAS PARTIDAS QUE PRUEBAN LOS PARENTESCO COMO ASITAMBIEN TODA LA DOCUMENTACION 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