

TOTAL DE APORTES _____%(_____)

Al Dpto. Afiliaciones

I.O.S.E.P.

Presente

El que suscribe

.....Afiliado

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Nº D.N.I. Nº

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Empleado en.....

Solicita la continuidad de servicios sociales a favor de:

NOMBRE Y APELLIDO	NACIDO	Nº DE DOCUMENTO																				
.....	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
.....	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
.....	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
.....	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
.....	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										

Cuyo parentesco es hijo/a, en razón de cursar estudios.....

Acompañando a tales efectos certificado por.....

Asimismo autorizo se realice sobre mi sueldo el aporte adicional que corresponde.

Me obligo a comunicar al I.O.S.E.P. y realizar los tramites del cambio de estado de los beneficiarios a mi cargo , según lo establece la ley 4021(altas, bajas de hijos/as mayores estudiantes, padres, menores a cargo, etc.) liberando al IOSEP de toda responsabilidad relacionada a la omisión de dicha tarea.-

Atentamente.

FECHA:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....

Firma del Afiliado

.....

Pase al: _____

a efectos de tomar nota que en lo sucesivo deberá realizarse el aporte del _____%(_____) por la inclusión de beneficiario/s solicitado/s en esta oportunidad, de conformidad a lo establecido por el Art. 19 Inc. "j" de la Ley Nº 5469 modificadora de las leyes Nº 4021 y 4204 que regulan el funcionamiento del I.O.S.E.P. Dicho aporte adicional no será suspendido de no mediar comunicación al I.O.S.E.P.

Dpto. Afiliaciones

FECHA:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....

Firma Responsable I.O.S.E.P.

Certifico que el/la Sr./Sra.
.....Afiliado/a N°.....se desempeña actualmente en esta repartición en carácter de titular, contratado, jornalizado, interino, suplente, reemplazante; percibiendo un sueldo sujeto a aportes de \$.....(.....) y a partir del mes de Del año Se efectuó y/o se efectuara el aporte adicional previsto por la Ley N° 5469 modificadora de las Leyes N° 4021 4204 que regulan el funcionamiento del I.O.S.E.P.

Dichas retenciones y aportes no serán suspendidas de no mediar comunicación del I.O.S.E.P.-

	% importe		% importe		% importe
Aporte		Aporte		Aporte	
Obligatorio		Adicional		Total	

Santiago del Estero,...../...../.....-

.....

Sello de la Repartición

.....

Firma y Sello del Habilitado

NOTA: Los hijos/as a partir de los 18 años de acuerdo a la ley 4021 y Modif. Siempre que continúe como estudiantes regulares mantendrán los servicios que brindan la Obra Social previo aporte del 1% (uno por ciento) adicional por cada uno y presentación del certificado de estudio correspondiente; hasta cumplir los 25 años. Este certificado debe ser presentado hasta el 30 de abril de cada año el de inicio de clases y al 15 de diciembre el de finalización de clases respectivamente; caso contrario caducaran automáticamente los beneficios. Asimismo deberá comunicarse tal circunstancia al I.O.S.E.P. para disponer de la suspensión del aporte adicional.-