



Menores a Cargo

Padres a Cargo

Hijo Mayor Discapacitado

Estudiantes

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.-

TOTAL DE APORTES:% (.....)

AUTORIZO al IOSEP se disponga el descuento adicional del%(.....) por la inclusión del beneficiario con fecha/...../.....

Nº de Afiliado:

Nombre y Apellido:

Lugar de pago:

Nº de Documento:

Beneficiario:
.....
.....

Me obligo a comunicar al IOSEP y realizar los tramites de cambio de estado de los beneficiarios a mi cargo, según 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.

Firma del Afiliado

Pase al:

a efectos de tomar nota que en lo sucesivo deberá realizarse el aporte adicional del%(.....) por la inclusión de beneficiario/s solicitado/s en esta oportunidad, de conformidad a lo solicitado por el afiliado directo y/o producido baja automática.

Dpto. Afiliaciones:/...../.....

Firma del IOSEP

Certifico que el/la Sr./Sra.

afiliado N°: se desempeña actualmente en esta repartición en el carácter de titular, contratado,
jornalizado, suplente, interino, reemplazante) percibiendo el sueldo sujeto a aporte de \$ y a partir del mes de
..... del año se efectuó y/o efectuaron el aporte adicional previsto por la ley N° 5.469 dichas retenciones y
aportes no serán suspendidos de no mediar comunicación del IOSEP.

Aporte Obligatorio	%	Importe	Aporte Adicional	%	Importe	Aporte TOTAL	%	Importe
--------------------	---	---------	------------------	---	---------	--------------	---	---------

Mes	Sueldo	%	Importe	Mes	Sueldo	%	Importe	Mes	Sueldo	%	Importe

*llenar este casillero en caso de exigencias de tres meses de aportes
xx aporte total de la planilla

sello Repartición

Firma y sello del Responsable

Mes	Sueldo	%	Importe	Mes	Sueldo	%	Importe	Mes	Sueldo	%	Importe

Aporte Obligatorio	%	Importe	Aporte Adicional	%	Importe	Aporte TOTAL	%	Importe
--------------------	---	---------	------------------	---	---------	--------------	---	---------

Control de aportes:/...../.....

Firma del Responsable

INGRESOS AL DPTO. AFILIACIONES:

INTERVINO: