



AFILIADO DIRECTO

<p style="text-align: center;">APELLIDO</p> <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> <p style="text-align: center;">NOMBRES</p> <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<p style="text-align: center;">N° DE AFILIADO</p> <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> <p style="text-align: center;">N° DE CUIL /CUIT</p> <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 60%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/>
<p style="text-align: center;">DOMICILIO REAL</p> <p style="text-align: center;">CALLE NUMERO</p> <input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 15%; height: 20px;" type="text"/> <p style="text-align: center;">PISO DPTO. BARRIO</p> <input style="width: 15%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 15%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 60%; height: 20px;" type="text"/> <p style="text-align: center;">LOCALIDAD PROVINCIA</p> <input style="width: 60%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 35%; height: 20px;" type="text"/>	<p style="text-align: center;">TIPO DE DOCUMENTO</p> <p> <input type="checkbox"/> D.N.I. <input type="checkbox"/> L.E. TIPO <input type="checkbox"/> L.C. <input type="checkbox"/> OTRO <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> </p> <p style="text-align: right;">INDICAR</p>
<p style="text-align: center;">DOMICILIO DE CONTACTO</p> <p style="text-align: center;">CALLE NUMERO</p> <input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 15%; height: 20px;" type="text"/> <p style="text-align: center;">PISO DPTO. BARRIO</p> <input style="width: 15%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 15%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 60%; height: 20px;" type="text"/> <p style="text-align: center;">LOCALIDAD PROVINCIA</p> <input style="width: 60%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 35%; height: 20px;" type="text"/>	<p style="text-align: center;">NACIONALIDAD</p> <p> <input type="checkbox"/> ARGENTINO <input type="checkbox"/> EXTRANJERO </p>
<p style="text-align: center;">ESTADO CIVIL</p> <p> <input type="checkbox"/> SOLTERO/A <input type="checkbox"/> CASADO/A <input type="checkbox"/> VIUDO/A <input type="checkbox"/> SEPARACIÓN PERSONAL <input type="checkbox"/> DIVORCIADO/A </p>	<p style="text-align: center;">EESTADO ACTUAL</p> <p> <input type="checkbox"/> CONCUBINO/A <input type="checkbox"/> SEPARACIÓN DE HECHO </p>
<p style="text-align: center;">CORREO ELECTRÓNICO</p> <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<p style="text-align: center;">FECHA DE NACIMIENTO</p> <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/>
	<p style="text-align: center;">TELÉFONO</p> <p style="text-align: center;">PARTICULAR (fijo)</p> <input style="width: 60%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 35%; height: 20px;" type="text"/> <p style="text-align: center;">LABORAL</p> <input style="width: 60%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 35%; height: 20px;" type="text"/> <p style="text-align: center;">CELULAR</p> <input style="width: 60%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 35%; height: 20px;" type="text"/>
	<p style="text-align: center;">CUIT/CUIL/CÓNYUGUE</p> <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 60%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/> <p style="text-align: center;">FECHA DE CASAMIENTO O UNIÓN EN CONCUBINATO</p> <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/>

CERTIFICACIÓN DE CARGO O EMPLEO

<p>NÚMERO DE LEGAJO</p> <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<p style="text-align: center;">FECHA DE INGRESO</p> <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/>	<p style="text-align: center;">FECHA DE VENCIMIENTO</p> <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/>
<p>FUNCIONARIO <input type="checkbox"/></p>	<p>PLANTA PERMANENTE <input type="checkbox"/></p>	<p>CONTRATADO <input type="checkbox"/></p>
<p>TITULAR <input type="checkbox"/></p>	<p>INTERINO <input type="checkbox"/></p>	<p>SUPLENTE FUNCIONAL <input type="checkbox"/></p>
<p>DECRETO <input type="checkbox"/></p>	<p>RESOLUCIÓN <input type="checkbox"/></p>	<p>DISPOSICIÓN <input type="checkbox"/></p>
		<p>ACTA <input type="checkbox"/></p>
		<p>N° <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>

LUGAR Y FECHA _____

SELLO DE LA
 REPARTICIÓN

SELLO Y FIRMA
 DE RESPONSABLE

APELLIDO Y NOMBRES DEL AFILIADO TITULAR N° DE CUIL DE TITULAR

HIJOS MENORES DE 21 AÑOS

APELLIDO	NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO	N° DEL CUIL (hijo)	N° DEL CUIL DE MADRE	N° DEL CUIL DE PADRE
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					

ESPOSA/O CONCUBINA/O

APELLIDO <input type="text"/>		ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO/A <input type="checkbox"/> CASADO/A <input type="checkbox"/> SEP. PERSONAL <input type="checkbox"/> VIUDO/A <input type="checkbox"/> DIVORCIADO/A	ESTADO ACTUAL <input type="checkbox"/> CONCUBINO/A <input type="checkbox"/> SEP. DE HECHO	<input type="checkbox"/> AMA DE CASA <input type="checkbox"/> EMPLEADO <input type="checkbox"/> AUTÓNOMO <input type="checkbox"/> OTRO CON O.SOCIAL <input type="checkbox"/> OTRO SIN O.SOCIAL	ACTIVIDAD QUE REALIZA <input type="checkbox"/> DESOCUPADO <input type="checkbox"/> MONOTRIBUTISTA EXENTO DE O. SOCIALES <input type="checkbox"/> MONOTRIBUTISTA <input type="checkbox"/> JUBILADO O PENSIONADO POR R. NACIONAL	% DE APORTE <input type="checkbox"/> 1% <input type="checkbox"/> 6%
NOMBRES <input type="text"/>		NACIONALIDAD <input type="checkbox"/> ARGENTINO <input type="checkbox"/> EXTRANJERO		DESCRIBIR: <input type="text"/>		CAPITALIZA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
N° DE CUIL <input type="text"/>	FECHA DE NACIMIENTO <input type="text"/>					¿TIENE HIJOS EN COMUN? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

HIJOS MAYORES DE 21 AÑOS

APELLIDO <input type="text"/>		ACTIVIDAD QUE REALIZA <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> MONOTRIBUTISTA <input type="checkbox"/> DESOCUPADO <input type="checkbox"/> AUTONOMO <input type="checkbox"/> EMPLEADO		SOLO PARA HIJOS ESTUDIANTES DOMICILIO <input type="text"/>		
NOMBRES <input type="text"/>				LOCALIDAD <input type="text"/>	PROVINCIA <input type="text"/>	NIVEL <input type="checkbox"/> SECUNDARIO <input type="checkbox"/> Terciario <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO
N° DE CUIL <input type="text"/>	FECHA DE NACIMIENTO <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SOLTERO/A <input type="checkbox"/> CASADO/A <input type="checkbox"/> UNIDA/O CONCUBINATO		TELÉFONO <input type="text"/>	AÑO QUE CURSA <input type="text"/>	
DOMICILIO <input type="text"/>	LOCALIDAD <input type="text"/>	% DE APORTE <input type="checkbox"/> 1% <input type="checkbox"/> 6%	CAPITALIZA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CORREO ELECTRÓNICO <input type="text"/>	CARRERA <input type="text"/>	

OTROS

APELLIDO <input type="text"/>		PARENTESCO <input type="text"/>	DATOS DE MADRE N° DE CUIL <input type="text"/>		DATOS DE PADRE N° DE CUIL <input type="text"/>	
NOMBRES <input type="text"/>		% DE APORTES <input type="checkbox"/> 1% <input type="checkbox"/> 6%	FECHA DE NACIMIENTO <input type="text"/>		FECHA DE NACIMIENTO <input type="text"/>	
N° DE CUIL <input type="text"/>	FECHA DE NACIMIENTO <input type="text"/>	CAPITALIZA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SOLTERA/O <input type="checkbox"/> CASADA/O <input type="checkbox"/> UNIDA/O CONCUBINATO		<input type="checkbox"/> SOLTERA/O <input type="checkbox"/> CASADA/O <input type="checkbox"/> UNIDA/O CONCUBINATO	
			ACTIVIDAD QUE REALIZA <input type="text"/>		ACTIVIDAD QUE REALIZA <input type="text"/>	

EL AFILIADO MANIFIESTA LIBREMENTE HABER COMPRENDIDO EN TODOS SUS TÉRMINOS EL CONTENIDO DEL FORMULARIO INFORMATIVO AF01.

LUGAR Y FECHA _____

FIRMA DEL AFILIADO TITULAR _____

ACLARACIÓN _____

FORMULARIO INFORMATIVO AF01

1. El afiliado directo representará a sus indirectos ante el SEMPRES, quienes únicamente por su intermedio podrá peticionar, reclamar o realizar gestiones de cualquier naturaleza.
2. Es obligación mantener permanentemente actualizado su domicilio.
3. Deberá comunicar de inmediato al SEMPRES todo cambio que se produzca en la situación socioeconómica de sus indirectos.
4. La credencial habilitante es el único documento válido para requerir y obtener prestaciones, su exhibición junto al DNI, es obligatoria ante los prestadores de servicios y ante el SEMPRES cuando el afiliado deba realizar gestiones de cualquier naturaleza. En el caso de los hijos recién nacidos previstos en nuestra reglamentación, durante el primer mes de vida podrán manejarse con el carnet del titular.
5. La baja transitoria o definitiva del afiliado directo, determina el cese de los servicios de la obra social para él y sus indirectos.
6. El monto sobre el cual se aplicará la cuota afiliatoria (total de haberes con aportes), no podrá ser inferior al mínimo fijado por la categoría 15 del escalafón del personal administrativo de la Administración Pública Provincial. En caso de tener el afiliado titular más de un cargo, el descuento de la obra social se aplicará en cada uno de ellos.
7. Los afiliados que cesaren en su condición de tal, deberán devolver al SEMPRES la credencial habilitante dentro de los diez (10) días corridos posteriores a la baja. Vencido este plazo, el afiliado quedará sujeto a las medidas y acciones de cualquier orden que el SEMPRES ejecute para lograr la devolución. En todos los casos, las prestaciones que el afiliado obtenga indebidamente luego de haber caducado sus derechos, serán abonados íntegramente por el mismo, mediante reintegro al SEMPRES de las sumas de las que éste deba hacerse cargo por tal motivo sin perjuicio de la responsabilidad que resultare por aplicación del artículo 174º inciso 5º) del Código Penal.
8. Todos los afiliados (directos o indirectos), que cesaren en su condición y que registren un mínimo de tres (3) años de aportes al Servicio Médico Previsional (SEMPRES), podrán continuar siendo beneficiarios del mismo o reincorporarse, (dentro de los 15 quince días hábiles posteriores a la baja o a su notificación) juntamente con los integrantes de su grupo familiar, en las condiciones que fija la Reglamentación. Quedan exceptuados los pensionados graciabiles (titulares o indirectos).
9. En los casos en que la incorporación de un indirecto obligatorio pueda ser realizada por más de un titular, los aportes deberán ser efectuados por el que perciba mayor remuneración.
10. No serán considerados "a cargo" los hijos del afiliado directo, de su cónyuge o concubina/o, y los menores bajo guarda o tutela de cualquiera de ellos, cualquiera fuera la edad, cuando estuvieran casados, conviviesen públicamente en aparente matrimonio o estuvieran legalmente emancipados.
11. En los casos y en las oportunidades en que lo estime necesario, el SEMPRES podrá verificar la existencia de las causales inherentes a la condición de "familiar a cargo", a cuyo efecto podrá solicitar información que resulte de interés para el fin indicado.
12. El Porcentaje a aportar por el afiliado directo es del tres y medio por ciento (3,5%) de sus remuneraciones. En el caso de los pensionados graciabiles, es de ocho por ciento (8%) aplicado sobre la categoría mínima (punto 6). Para los afiliados adherentes, el monto a abonar será el aplicado por Resolución del Directorio del Instituto de Seguridad Social tanto para titulares como para indirectos.
13. Por cada indirecto obligatorio, el descuento es de 1% de la remuneración y/o haber del afiliado directo que lo incorpore. El aporte de los afiliados indirectos obligatorios, cualquiera sea su número, no podrá superar el tres (3%).
14. El aporte por cada afiliado indirecto voluntario es de seis por ciento (6%).

DOCUMENTACION A PRESENTAR

Afiliado titular

- Ficha de afiliación
- Fotocopia autenticada de documento (1º y 2º hoja)
- Constancia de cuil

Hijo menor de 21 años

- Ficha de afiliación
- Fotocopia autenticada de documento (1º y 2º hoja)
- Constancia de cuil

Plazo: 90 días posteriores a la fecha de nacimiento o alta del titular a la obra social

Hijo mayor de 21 años estudiante

- Ficha de afiliación
- Fotocopia autenticada de documento (1º y 2º hoja)
- Constancia de cuil
- Certificado de alumno regular

Plazo: 90 días posteriores a la fecha de baja como indirecto(21 años) o alta del titular a la obra social

Hijo mayor de 21 años voluntario

- Ficha de afiliación
- Fotocopia autenticada de documento (1º y 2º hoja)
- Constancia de cuil

Plazo: 90 días posteriores a la fecha de baja como indirecto (21 años) o alta del titular a la obra social

Esposa o esposo

- Ficha de afiliación
- Fotocopia autenticada de documento (1º y 2º hoja)
- Certificado de matrimonio o libreta de familia
- Constancia de cuil

Plazo: 90 días posteriores a la fecha de casamiento o alta del titular a la obra social

Concubina o concubino

- Ficha de afiliación
- Fotocopia autenticada de documento de ambos con igual domicilio(1º, 2º hoja y domicilio)
- Declaración jurada ante Juez de Paz
- Constancia de cuil
- Fotocopia autenticada de certificado de nacimiento de hijo en común o certificado de embarazo

CONTACTO

DIRECCION: Avda Roca Nº 129 –SANTA ROSA-LA PAMPA- (C.P.6300)

TELEFONOS 0800-999-7949

02954-433974 INTERNOS 1228 - 1229 - 1428 - 1429

CORREO ELECTRONICO

afiliaciones@sempre.isslp.gov.ar