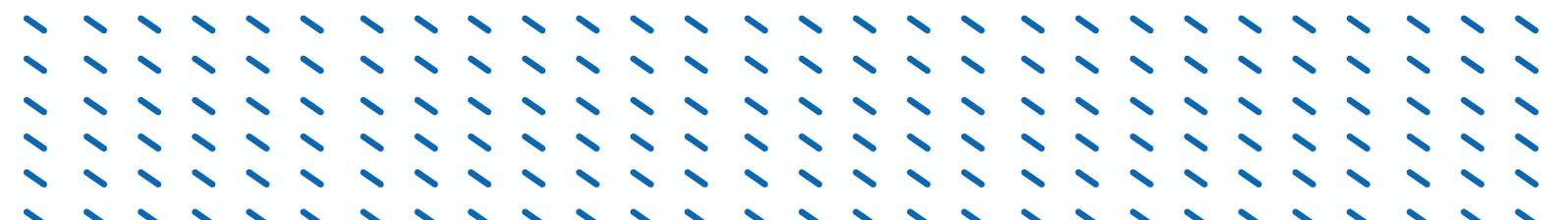




SINDICATO REGIONAL
DE LUZ Y FUERZA DE
LA PATAGONIA

GUÍA PARA JUBILARSE



Este instructivo pretende guiar a aquellos trabajadores de Luz y Fuerza en condición de jubilarse.

DOS TRAMITES ESPECÍFICOS DEBEN SER CONSIDERADOS

1. Jubilación

Es una prestación previsional que te corresponde si alcanzaste la edad y años de servicios con aportes que exige la ley.

Existen dos tipos de jubilaciones para los trabajadores de Luz y Fuerza:

JUBILCIÓN ORDINARIA

Requisitos:

- » Tener 30 años de aportes
- » Tener 60 años de edad si sos mujer y 65 si sos hombre.

JUBILACIÓN BAJO DTO. 937/74

- » Tener 30 años de aportes en servicios diferenciados
- » Tener 52 años de edad si sos mujer y 55 si sos hombre.

2. Afiliación Sindical

Es un trámite que debe realizarse, una vez jubilado/a, en la Seccional correspondiente con el objetivo de seguir participando de la vida sindical. El mismo le permitirá mantener su participación en el sindicato y los beneficios que la misma ofrece.

El trámite afiliatorio no es obligatorio. Sin embargo, de preferir el jubilado no continuar con su afiliación debe presentar una nota que exprese su deseo de renuncia al Sindicato.

ÍNDICE

Jubilación

4

- TABLA DE CÁLCULO DE SERVICIOS COMUNES Y DECRETO 937/74 5
- CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS AL EMPLEADOR 6
- FORMULARIO PS.6.2 (CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS Y REMUNERACIONES) 7
- CERTIFICACIÓN COMPLEMENTARIA BAE 8
- CERTIFICADO DE TRABAJO 9
- CERTIFICADO DE TRABAJO - DDJJ POR SERV. DIF. DECRETO 937/74 10
- FORMULARIO PS.6.287 - DDJJ RESOLUCIÓN 170 11
- NOTA AFIP POR APORTES INCORRECTAMENTE INFORMADOS POR EMPLEADOR 12
- NOTA AL GERENTE UDAI 13
- FORMULARIO PS.5.7 (OBRA SOCIAL) 14
- TELEGRAMA DE RENUNCIA 15

TRAMITES A REALIZAR FINALIZADO EL PROCESO JUBILATORIO

ANEXO I

Afiliación Sindical

16

ANEXO II

Obra Social

17

JUBILACIÓN



Inicio jubilatorio

Cuando el afiliado/a necesita saber a qué edad se debiera jubilar, porque tiene tareas comunes y tareas insalubres, es necesario que se apersona a la Seccional con las certificaciones de servicios anteriores a la empresa que en la actualidad esta trabajando.

Ejemplo: Si trabaja en la Cooperativa, debera presentar la certificación de servicios Formulario 6.2 del Anses y otras que pudiera tener anteriores a Cooperativa y/o Empresas.

TABLA DE CÁLCULO DE SERVICIOS DEL DECRETO 937/74 Y SERVICIOS COMUNES

COMUNES	DECRETO 937	EDAD REQUERIDA		
AÑOS DE APORTE	AÑOS DE APORTE	AÑO	MES	DÍA
30	0	65	0	0
29	1	64	8	1
28	2	64	4	2
27	3	64	0	0
26	4	63	7	27
25	5	63	4	2
24	6	63	0	0
23	7	62	7	27
22	8	62	4	3
21	9	62	0	0
20	10	61	7	24
19	11	61	4	2
18	12	61	0	0
17	13	60	7	27
16	14	60	4	3
15	15	60	0	0
14	16	59	7	27
13	17	59	4	3
12	18	59	0	0
11	19	58	7	27
10	20	58	3	18
9	21	58	0	0
8	22	57	7	27
7	23	57	3	18
6	24	57	0	0
5	25	56	8	1
4	26	56	4	2
3	27	56	0	0
2	28	55	7	6
1	29	55	4	2
0	30	55	0	0



Certificación de servicios al empleador

Los empleadores deben certificar los servicios cumplidos por los trabajadores y trabajadoras en relación de dependencia durante el tiempo en que se extendió la relación laboral.

El sistema informático permitirá a los empleadores generar y emitir la "certificación de servicios y remuneraciones" a los fines de otorgar a los trabajadores las certificaciones de los servicios prestados, remuneraciones percibidas, aportes retenidos y toda otra documentación necesaria para el reconocimiento de servicios u otorgamiento de cualquier prestación.

Utilizará la información proveniente de:

- Las declaraciones juradas determinativas y nominativas de aportes y contribuciones con destino a los distintos subsistemas de la seguridad social, presentadas por los empleadores
- El sistema "Simplificación Registral"
- Las bases de datos de la Administración Nacional de la Seguridad Social

Se podrá acceder desde:

- www.afip.gob.ar, ingresando con clave fiscal al servicio "Simplificación Registral", opción "Certificación de Servicios". Es indispensable, como paso previo a ello, dar el alta del servicio "Mi certificación - ANSES" mediante la opción denominada "Administrador de Relaciones"
- www.anses.gob.ar, utilizando clave de Seguridad Social generada por ANSES e ingresando por "Autopista de Servicios" - "Certificación de Servicios"

FORMULARIO PS.6.2: Certificación de Servicios y Remuneraciones

Version 1.0

ANSES

Form.
PS.6.2

Certificación de Servicios y Remuneraciones

Frente

Apellido/s y Nombre/s del Empleador Certificante						Domicilio			Cód. Postal		CUIT			
Inscripción N°		Actividad de la Firma			Teléfono			Fuente Documental de lo que Certifica						
Apellido/s y Nombre/s del Afiliado				Fecha de Nacim.		Afiliado N°		Cl. N°		Expedida por		Tipo y N° de Documento		
Servicios Prestados: Carácter de los Servicios (1)						Tareas Comunes			Fecha Desde		Fecha Hasta		Tiempo	
									Día Mes Año		Día Mes Año		Año Mes Día	

(1) Indicar: Comunes, Privilegiados, Insalubres Docentes y Docentes al frente de grado
 (2) Detallar al dorso las interrupciones
 Extinción del contrato de trabajo o relación de empleo público Sí No

Fecha: _____ Total Nominal: _____
 No: _____ Total Interrupciones (2): _____

Año:	Remuneraciones del Afiliado (*)	SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo			Año:	Remuneraciones del Afiliado (*)	SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo		
					Ms.	Ds.	Hs.						Ms.	Ds.	Hs.
01								01							
02								02							
03								03							
04								04							
05								05							
06								06							
07								07							
08								08							
09								09							
10								10							
11								11							
12								12							
Total:								Total:							

Ministerio de Trabajo,
Empleo y Seguridad Social

Form. PS62 (Dorsal 2)

Año:	Remuneraciones del Afiliado (*)	SAC	Oficios u Ocupación	Carácter de los Servicios	Tiempo Efectivo de Trabajo		
					Ms.	Ds.	Hs.
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
Total:							

Detalle de Ausencias y Licencias sin Goce de Sueldo		
Fecha Desde	Fecha Hasta	Tiempo a Deducir
Tiempo Total a Deducir		

Datos Complementarios del Empleador										
Domicilio de radicación de la fuente documental: Calle				Número	Piso	Depto.	Cód. Postal	Localidad	Prov.	Teléfono
Observaciones:										

Firma del Empleador o Autorizado		
Apellido/s y Nombre/s	Tipo y N° de Documento	Prov. Emis.
Lugar y Fecha		Firma del Empleador o Autorizado

Certificación de Firma

Certifico que la firma que antecede fue puesta ante mí y corresponde a _____, quien acredita su identidad con N° _____ expedida por _____

Lugar y Fecha _____ Firma y Sello Aclaratorio de la Autoridad Certificante _____

Importante: La certificación de la identidad y documento del empleador o persona autorizada debe ser realizada por autoridad bancaria, previsional, judicial o notarial.

Certificación complementaria de BAE extendida por la Empresa

MODELO DE CERTIFICADO

CERTIFICACIÓN COMPLEMENTARIA DE BAE

AÑO	IMPORTE	FORMA DE PAGO	FECHA PAGO
		Anual	

DOMICILIO DE RADICACIÓN DE LA FUENTE DOCUMENTAL:	
OBSERVACIONES LOS IMPORTES CONSIGNADOS ES MONEDA DE CURSO LEGAL CORRESPONDIENTES AL 31/12 DE CADA AÑO	
FIRMA DEL EMPLEADOR O AUTORIZADO	
Apellido y Nombres del Empleador o Autorizado:	
Tipo y número de Documento:	
Firma del Empleador o Autorizado:	
Lugar y Fecha:	
CERTIFICACIÓN DE FIRMA	
Certifico que la firma que antecede fue puesta ante mi y responde a: quien acredita su identidad con: expedida por:	Firma y Sello Aclaratorio del Certificante
Lugar y Fecha:	

Certificado de Trabajo

El empleador deberá entregar al trabajador/ra un certificado de trabajo que indique:

- El tiempo de prestación de servicios.
- La naturaleza de los servicios prestados.
- Una constancia de los sueldos percibidos y de los aportes y contribuciones efectuados con destino a los organismos de la seguridad social.

MODELO DE CERTIFICADO DE TRABAJO

-----Certificamos que el/la Sr./Sra.....
DNI N°....., Leg., prestó servicios en esta
Institución desde el hasta el cumpliendo tareas
..... percibiendo un haber Bruto Promedio Mensual
sujeto a retenciones de pesos (\$.....) --.

-----Calificación profesional alcanzada al momento de su egreso:
Categoría, Puesto:....., dependiente de la
Gerencia de

----- Se deja constancia que se efectuaron los aportes y
contribuciones con destino a los organismos de la Seguridad Social,
AFIP y Entidades Sindicales-----.

----- Se extiende el presente certificado a solicitud del interesado
y para ser presentado ante quien corresponda, en, Chubut,
a los días del mes de del dos mil

SERVICIOS DIFERENCIADOS - DECRETO 973/74

CERTIFICADO DE TRABAJO – DECLARACION JURADA

Por medio de la presente se certifica que el Sr. _____, CUIL _____
empleado de esta empresa _____ CUIT _____, desde
_____.

Las funciones desempeñadas por el empleado _____ A han sido las siguientes.

Desde el _____ al _____, _____, tareas
tipificadas en el Art _____ 937/74.-

Desde _____ a la fecha; _____, tareas tipificadas en
el Art _____ Dto. 937/74.

Las tareas antes anunciadas, se realizan directamente en el campo de maniobra de la
estación, tanto en equipos de servicios como fuera de Servicios (consignación de equipos y
salida a usuarios, mantenimiento correctivo y preventivo de equipos de transformación,
maniobra de cambios de barras, y otras propias del funcionamiento de la estación
transformadora), como así también sobre las líneas de Alta Tensión trabajando tanto en
instalaciones energizadas o sin tensión.

Los aportes y contribuciones fueron ingresados mensualmente bajo el CUIL
_____, Según la normativa legal vigente, pueden ser verificados en los
respectivos organismos de recaudación y control. -

El carácter de los servicios prestados por el empleado se encuentra específicamente
declarado en la respectiva certificación de servicios emitidas (form. 6.2 de Anses) y son
similares a los oportunamente realizados por el señor _____,
Jubilado por el ANSES.-

Se extiende el presente certificado en _____, a los _____ días del mes
_____ de 2018.-



Formulario PS.6.287: Declaración Jurada Resoluciones MTEySS N° 170/10 y N° 1335/11 y sus Modificaciones

PARA OBTENER ESTE FORMULARIO DEBE SOLICITARLO PRESENCIALMENTE EN LA SECCIONAL QUE LE CORRESPONDA

Versión 1.1

 ANSES	Form PS.6.287	Declaración Jurada Resoluciones M.T.E. y S.S. N° 170/10 y N° 1335/11 y sus Modificaciones
--	------------------	--

En _____ a los _____ días del mes de _____ de _____ el
abajo firmante D on/ña _____
que acredita identidad con LE-LC-CI-DNI N° _____, expedida por _____,
en su carácter de Secretario General / Presidente* certifica que D on/ña _____
que acredita identidad con LE-LC-CI-DNI N° _____, expedida por _____
con domicilio en calle _____ Número _____ de la
localidad de _____, es desde ____ / ____ / ____ afiliado a:

- Asociación de Profesionales Universitarios del Agua y la Energía Eléctrica
- Asociación del Personal Jerárquico del Agua y la Energía
- Sindicato Luz y Fuerza Mar del Plata
- Sindicato Regional de Luz y Fuerza de la Patagonia
- Mutual de Jubilados y Pensionados de E.P.E.L.A.R. La Rioja
- Federación Argentina del Personal Superior de la Energía Eléctrica
- Asociación del Personal Superior de Empresas de Energía
- Asociación del Personal de Conducción de la Energía del Chaco

Quedan legalmente notificados que ante cualquier ocultamiento o falsamiento, que pudiera ocasionar algún tipo de perjuicio, será sancionado de conformidad a lo dispuesto en los artículos 174 inc. 5, 292 y concordantes del Código Penal

*Tachar lo que no corresponda

Firma y Aclaración del Afiliado

Firma, Aclaración y Sello del Secretario General/Presidente

Ministerio de Trabajo,
Empleo y Seguridad Social

MODELO DE NOTA AFIP

APORTES INCORRECTAMENTE INFORMADOS POR EL EMPLEADOR

Ciudad,

Ref.: Aporte Adicional
erróneamente imputado en DDJJ

Administración Federal de Ingresos Públicos

Me dirijo a usted en relación al asunto de la referencia solicitando la intervención de su competencia respecto de la nota aclaratoria extendida por el empleador _____ CUIT _____

cuya copia se acompaña, donde declara haber imputado en un campo erróneo de la Declaración Jurada Mensual, Formulario F931 presentado ante ese organismo, el aporte adicional del 2% instituido por las Resolución MTEySS N° 268/09, sus modificadoras y complementarias correspondiente a Don _____ CUIL N° ____-____-____.

Saludo a usted atentamente

Lugar y Fecha

Firma y Sello
Funcionario Interviniente

CERTIFICACIÓN DE FIRMA

Certifico que la firma que antecede fue puesta ante mi y responde a:

quien acredita su identidad con:
expedida por:

Lugar y Fecha:

Firma y Sello
Aclaratorio del
Certificante

RECLAMO DE PAGO DE LA RESOLUCIÓN 170

EL DOCUMENTO ANTERIOR SE PRESENTA ACOMPAÑADO
DE UNA NOTA DIRIGIDA AL GERENTE DE UDAI DE TU CIUDAD

Trelew, Chubut, __/__/____

Al Gerente

UDAI TRELEW

Adicional Luz y Fuerza-
Resolución MTEySS N° 170/10

Su despacho

De mi consideración

Tengo el agrado de dirigirme a Usted a fin de enviarle la planilla correspondiente al adicional de la Resolución MTEySS N° 170/10.

Lo que motiva mi pedido es la comparación del lo que resulta del 70% del promedio de los últimos 12 sueldos con el haber inicial, dicho haber tenía incorporado el *concepto de zona austral*, el cual debería ser eliminado de la comparación, ya que es un concepto que depende de la residencia de uno y no forma parte del cálculo de dicho concepto. De lo contrario, se estaría discriminando el monto del adicional según la zona de residencia lo cual no forma parte del espíritu de la Resolución MTEySS N°170/10.

Sin otro particular y a la espera de una respuesta favorable, lo saludo atentamente.

Firma

Obra Social

Formulario PS.5.7 Derivación de Aportes de Obra Social

ANSES

Form.
PS.5.7

**Derivación de Aportes de
Obra Social**

Por la presente certifico que _____

DNI/LE/LC N° _____ CUIL N° _____ que se

desempeñó en _____

CUIT N° _____ aportaba al momento del case de servicios a la

Obra Social _____

Lugar y Fecha

Firma y Aclaración del Empleador o Representante Legal

Ministerio de Trabajo,
Empleo y Seguridad Social

Telegrama de Renuncia

- El Telegrama debe ser enviado al empleador con 72hs. de anticipación.
- Cuando reciba la resolución enviada por Anses o entregada por el Sindicato tiene 30 días para presentar la renuncia.
- Debe ser presentado en Anses junto a la baja temprana de AFIP.

Telegrama Ley N° 23.789

Hasta 30 palabras - Comunicación de Renuncia



ZCZC	Prefijo serie	N° de origen	Giu	L1
Procedencia	Página	Día / Hora	Mesc. de servicio	
	1		SPP	
Indicaciones de servicio				

DESTINATARIO

Apellido y nombre o razón social

Ramo o actividad principal

N° C.U.I.T.

Domicilio laboral Código Postal

Localidad Provincia

REMITENTE

Apellido y nombre

DNI N° Teléfono

Domicilio real Código Postal

Localidad Provincia

Firma Fecha

RENUNCIO AL EMPLEO DESDE

N° C.U.I.L.

- Ejemplo de cómo se debe escribir la fecha a apartir de la cual se renuncia: 01/06/2005 (día/mes/año).
- Escriba en letra de imprenta MAYÚSCULA su nombre y apellido en el segundo renglón, arriba de "N° C.U.I.L.".
- Debe acreditar su identidad en el momento de la imposición del telegrama.

1 - Comunicación de renuncia

MTSS Ministerio de Trabajo y Seguridad Social

AFILIACIÓN SINDICAL

DESDE EL SINDICATO DE LUZ Y FUERZA CONSIDERAMOS QUE LA VIDA SINDICAL DE UNA PERSONA NO SE AGOTA UNA VEZ FINALIZADA LA RELACIÓN LABORAL POR JUBILACIÓN. MOTIVO POR EL CUAL INVITAMOS A AFILIARSE A AQUELLOS JUBILADOS Y JUBILADAS QUE DESEEN SEGUIR PARTICIPANDO ACTIVAMENTE DEL SINDICATO.

PARA VOLVER A AFILIARSE DEBE PRESENTARSE EN LA SECCIONAL CON LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

- »»» Primer Recibo de Sueldo como Jubilado/a.
- »»» Fotocopia DNI.
- »»» Fotocopia Telegrama Renuncia.
- »»» Opción a Obra Social.
- »»» Opción a Obra Social cónyugue, unificación aportes
- »»» Completar y firmar ficha de afiliación a Luz y Fuerza.

ANEXO II

Otorgamiento de Obra Social y Empadronamiento de Nuevos Jubilados

Al inicio de un trámite de jubilación o pensión, usted deberá presentar el Formulario PS.5.7 "Derivación de Aportes de Obra Social", mediante el cual, ANSES le asigna el código de descuento de la obra social conforme a lo declarado por su empleador.

Si al momento de solicitar una jubilación o pensión, usted no presenta la documentación de todo su grupo familiar, se empadronarán solamente aquellos familiares cuya documentación esté completa, siendo éstos quienes podrán recibir la cobertura de la obra social asignada.

El resto de los miembros del grupo familiar que no declaró al inicio, podrá incorporarlos con el Formulario PS.5.5 "Novedades/Opción de Traspaso", en cualquier UDAI/Oficina de ANSES.

Con el envío de la resolución que otorga el número de prestación, usted recibirá el Comprobante de Empadronamiento (CODEM), que es la constancia del ingreso de los datos de identificación del titular, su grupo familiar y la obra social asignada/elegida, el cual le podrá ser solicitado por la obra social. La impresión del CODEM se puede obtener en todas las UDAI/Oficinas de ANSES y en la página web de ANSES (www.anses.gob.ar).

Si usted tiene asignada la obra social del PAMI, la cual se identifica con la leyenda "DESC. OBRA SOCIAL", cuando perciba su primer haber, puede optar por su obra social de origen o una que figure en el listado habilitado a tal fin, disponible en todas las UDAI/Oficinas y en la página web de ANSES (www.anses.gob.ar).

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE PRESENTAR:

DEL TITULAR

- **Formulario PS.5.7 “Derivación de Aportes de Obra Social”** (original), firmado por el empleador, exclusivamente para jubilaciones ordinarias o pensiones directas.
- DNI, LE o LC en original y fotocopia.

SI QUERÉS INCORPORAR O MODIFICAR TU GRUPO FAMILIAR (ANTE UN NACIMIENTO, MATRIMONIO, CONVIVENCIA, DIVORCIO, FALLECIMIENTO, NUEVOS FAMILIARES A CARGO U OTROS) DEBERÁS DECLARARLOS PARA QUE TENGAN TU COBERTURA CON EL FORMULARIO PS.5.5 NOVEDADES OPCIÓN DE TRASPASO

Formulario PS.5.5 Novedades / Opción de Traspaso

Version 1.2

ANSES

Formulario
PS. 5.5

Obra Social:
Novedades / Opción de traspaso

Tipo de trámite

Novedades Opción de traspaso

Frente

1- Titular de la prestación previsional

Apellido/s		Nombre/s	
CUIT / CUIL	Tipo y N° de documento		

Prestación - SIPA			
Ex-Caja	5	Número	DV
1			
2			

2- Obra Social actual

Código (*)	Denominación
------------	--------------

Renta vitalicia		
Cód.	CUIT / CUIL	Tipo
Nombre de la Compañía de Seguros de Retiro		

3- Obra Social por la que opta

Código (*)	Denominación
------------	--------------

4- Miembros del grupo familiar

1	Apellido/s	Nombre/s				
	Tipo y N° de documento	Tipo de novedad	CUIT / CUIL	Cód. Paren.	Con discapacidad	Estudia
					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2	Apellido/s	Nombre/s				
	Tipo y N° de documento	Tipo de novedad	CUIT / CUIL	Cód. Paren.	Con discapacidad	Estudia
					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3	Apellido/s	Nombre/s				
	Tipo y N° de documento	Tipo de novedad	CUIT / CUIL	Cód. Paren.	Con discapacidad	Estudia
					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Este formulario tiene carácter de declaración jurada. Debe completarse sin omitir ni falsear ningún dato, sujetando a las personas infractoras a las penalidades previstas en los artículos 172, 292, 293 y 298 del Código Penal para los delitos de estafa y falsificación de documento público.

Quien suscribe

en calidad de _____ certifica que las firmas precedentes corresponden a las personas declarantes y fueron puestas en mi presencia acreditando identidad con documento N° _____ y documento N° _____.

Ministerio de Trabajo,
Empleo y Seguridad Social

Firma de titular o representante

Firma y documento persona certificante

Sello fechador y firma ANSES

Firma y sello Obra Social

CAMBIO DE OBRA SOCIAL

Un jubilado o pensionado tiene derecho a cambiar, hasta una vez por año por alguna de las obras sociales que figuran en este Listado de Obras Sociales.

Deberás presentar el Formulario PS 5.5 Novedades Opción de Traspaso.

Si la obra social elegida sólo acepta a beneficiarios que la hayan tenido durante la actividad laboral, deberás presentar además el Formulario PS.5.11 Aceptación de la Obra Social para Titulares de Origen y su Grupo Familiar. Este trámite no se encuentra disponible para realizar por Atención Virtual.

La nueva cobertura estará vigente a partir del primer día del tercer mes. El Comprobante de Empadronamiento (CODEM) entregado por ANSES registrará este cambio

Versión 1.2

ANSES

Formulario
PS. 5.11

Aceptación de la Obra Social para
beneficiario/a de origen y su grupo
familiar (Decreto 292/95)

Se deja constancia de que la/el beneficiaria/o:

1- Titular de la prestación previsional

Apellido	
Nombre	
CUIT / CUIL	Tipo y N° de documento

Prestación - SIPA

1	Ex-C	T	Número	C	DV
2	Ex-C	T	Número	C	DV

Renta Vitalicia

Cód.	CUIT / CUIL	Tipo
------	-------------	------

Nombre de la Compañía de Seguro de Retiro

será aceptada/o como afiliada/o a esta Obra Social, junto a los siguientes miembros de su grupo familiar primario y/o familiares a cargo, por los cuales se abonará lo establecido por el Decreto 292/95.

2- Miembros del grupo familiar primario y/o familiares a cargo

1	Apellido	Tipo y N° de documento	Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco	Con discapacidad (*)
2	Apellido	Tipo y N° de documento	Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco	Con discapacidad (*)
3	Apellido	Tipo y N° de documento	Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco	Con discapacidad (*)
4	Apellido	Tipo y N° de documento	Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco	Con discapacidad (*)

(*) Marque con una X en caso de corresponder, por aplicación del artículo 9° de la Ley 23.660.

3 - Obra Social

Código RNOS	Denominación
-------------	--------------

Lugar y fecha: _____, ____/____/____

Firma y aclaración de representante legal de la Obra Social

Sello de la Obra Social