



INSTITUTO PROVINCIAL
DE SALUD DE SALTA

AFILIACIONES

FORMULARIO PARA INCORPORACION DE CONCUBINO DEL TITULAR

FECHA:						
APELLIDO Y NOMBRE DEL TITULAR:						
DNI N.º:		ESTADO CIVIL DEL TITULAR:				
APELLIDO Y NOMBRE DEL FAMILIAR:						
EDAD:		FECHA DE INICIO DE CONVIVENCIA:		DNI N.º:		
PROFESION-OFICIO-OCUPACION:						
PERCIBE INGRESOS PROPIOS:			CUANTO:			
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						
GUARDA TUTELA-HOMOLOGACION DE RESPONSABLE PARENTAL:						
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						
CONSTANCIA NEGATIVA DE ANSES:						
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						
DOCUMENTACION INHERENTE AL MENOR:						
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						
OBSERVACIONES:		PRESENTA ACTA DE NACIMIENTO:		ACTA:	TOMO:	FOLIO:
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				

PRESENTA CERTIFICADO POLICIAL DE RESIDENCIA Y CONVIVENCIA QUE ACREDITE CONVIVENCIA EN EL DOMICILIO DEL AFILIADO TITULAR: SI... NO...

CONOZCO Y ACEPTO LA POTESTAD DEL IPS DE REALIZAR POSTERIORMENTE UNA INFORMACION SUMARIA ADMINISTRATIVA A FIN QUE EL INSTITUTO DECIDA SOBRE SU ADMISION, LA CONTINUIDAD COMO CONVIVIENTE Y LA VERACIDAD DE LA INFORMACION AQUÍ PLASMADA. SE ME INFORMO MI OBLIGACION DE PRESENTAR ANUALMENTE CERTIFICADO POLICIAL DE RESIDENCIA Y CONVIVENCIA CONSTANCIA NEGATIVA DE ANSES Y CERTIFICADO DE TRABAJO DEL CONCUBINO, BAJO APERCEBIMIENTO DE DAR DE BAJA SU AFILIACION.

IMPORTANTE: SE RECUERDA QUE EL CESE DE LA CONVIVENCIA INDICA EL CESE DE CARÁCTER DE FAMILIAR. CONSECUENTEMENTE LA FALTA DE COMUNICACIÓN AL IPS POR PARTE DEL TITULAR DE LA O.S. DEL CESE DE LA MISMA Y LA PERMANENCIA DE AQUEL IMPLICA UN USO INDEBIDO DEL SISTEMA DE SALUD SUCEPTIBLE DE SANCION Y COBRO DE LO INDEBIDAMENTE UTILIZADO POR EL NO AFILIADO.

LA AFILIACION DEL FAMILIAR SE REALIZARÁ CON APORTE ADICIONAL EQUIVALENTE AL 4% DEL TOTAL DE LAS REMUNERACIONES PORCENTAJE QUE PODRA SER MODIFICADO POR RESOLUCION EMITIDA POR LA OS. EN CASO DE DETECTARSE OMISIONES O FALSEDAD EN LA DECLARACION SE PRECEDERA A LA SANCION Y COBRO DE LO INDEBIDAMENTE NO ABONADO O UTILIZADO POR EL CONCUBINO.

FIRMA DEL TITULAR:

ACLARACION:



INSTITUTO PROVINCIAL
DE SALUD DE SALTA

AFILIACIONES

FORMULARIO PARA INCORPORACION DE CONCUBINO DEL TITULAR

DNI N.º: