



Universidad Nacional del Nordeste  
Instituto de Servicios Sociales



Las Malvinas son argentinas  
- 40 AÑOS -

**AGENTE CON LICENCIA SIN GOCE DE HABERES**  
**Solicito incorporación como beneficiario adherente del ISSUNNE**

Corrientes/Resistencia.....de.....de.....

Sra. Delegada Rectoral del ISSUNNE

Méd. Rocío Paola Cardozo

S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D:

De mi consideración: Quien suscribe.....  
CUIL:.....con domicilio real en .....de  
la ciudad de.....y constituyendo el especial en .....de  
la ciudad de ..... en mi condición de docente / no docente (tachar lo que no  
corresponda) **con licencia sin goce de haberes**, me dirijo a Ud. a fin de solicitar la adhesión como  
beneficiario/a del I.S.S.U.N.N.E. que me permitan contar con los servicios de salud que brinda ese  
instituto.

Declaro bajo juramento SI /NO poseer cobertura médico-asistencial (indicar  
tipo e institución):.....

Asimismo me obligo a realizar el pago del aporte mensual por trimestre  
adelantado en dependencias de ese instituto, y a presentar en los meses de JUNIO y DICIEMBRE de  
cada año constancia de la U.N.N.E. donde se acredite cual sería el monto a percibir en concepto de  
haberes si estuviera en actividad.

Estoy en conocimiento que la falta de pago implicará la inmediata suspensión  
de cualquier cobertura por parte del ISSUNNE y que el restablecimiento de los servicios, previa  
solicitud expresa, fijará un período de carencia. Acepto los términos de la reglamentación y demás  
normativas vigentes en ISSUNNE, y asumo el compromiso de comunicar inmediatamente cualquier  
modificación de los datos declarados.

Declaro bajo juramento SI/NO poseer cobertura médico- asistencial  
con.....

A fin de acreditar el cumplimiento de los requisitos exigidos en la Resolución  
C.S. N°965/11 y reglamentaciones vigentes, adjunto:



Universidad Nacional del Nordeste  
Instituto de Servicios Sociales



Las Malvinas son argentinas  
- 40 AÑOS -

1. Fotocopia de DNI (traer original para certificar).
  2. Fotocopia certificada por autoridad competente del acto administrativo que dispuso la licencia sin goce de haberes como personal docente o no docente de la U.N.N.E.
  3. Fotocopia certificada por autoridad competente del último recibo de haber, a fin de determinar el aporte mensual obligatorio.
  4. Como beneficiario/a de otra/s obra/s social/es acompaño constancia/s que así lo acredita/n.....
  5. Otra documentación:.....
- (Anular este espacio si no se agrega otra documentación).
6. Dejo constancia que lo declarado es fiel reflejo de la verdad y que ante la omisión y/o falseamiento de datos/documentación, el I.S.S.U.N.N.E. se reserva el derecho de denegar y/o suspender la afiliación solicitada, quedando sujeto a las consecuencias legales que pudiere corresponder.

Asimismo declaro conocer lo preceptuado en la Ordenanza vigente N° 076/99

**ART. 11: “Los afiliados gozarán efectivamente de los servicios, después de transcurridos tres meses de su alta, conforme las disposiciones del artículo anterior y se extenderá hasta tres meses después de operada su baja.”**

Saludo a Ud. atte.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

Para completar por el personal del ISSUNNE

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Controló la documentación presentada: Fecha:        /        /        . Hora: \_\_\_\_\_

**Vº Bº DIRECCIÓN DE SERVICIOS SOCIALES**

Se **AUTORIZA** la afiliación de.....bajo los términos de la Resol. 965/11(Art 12 Inc “B” Item 3), **con/sin carencia de servicios.** (Art 11 Resolución 076/99).

Por Dpto. Registros y Afiliaciones procedase a dar el alta correspondiente y a sistematizar la información en base de datos. Notifíquese al interesado y cumplido, archívese.

El presente expediente consta de..... (.....) fojas útiles.

Ctes...../...../20...



*Universidad Nacional del Nordeste*  
*Instituto de Servicios Sociales*



Las Malvinas son argentinas  
 - 40 AÑOS -

**RECONOCIMIENTO DE DEUDA Y COMPROMISO DE PAGO**

---El que suscribe.....M.I.N<sup>a</sup>.....  
 Constituyendo domicilio real en.....de la  
 ciudad de....., por este acto reconoce y se compromete a abonar al Instituto de  
 Servicios Sociales de la Universidad Nacional del Nordeste los Aportes –en el caso que  
 correspondiera y en los porcentajes que se fijen-, y las deudas que hubiere contraído con esta como  
 consecuencia del uso de los Servicios Sociales que la misma le hubiere prestado en mi carácter de  
 titular y a mi grupo familiar a  
 cargo:.....  
 .....  
 .....

--La deuda que por el presente se reconoce y cuyo compromiso de pago asume, se abonara conforme  
 a la liquidación que practique el I.S.S.U.N.N.E. y en las condiciones de pago que esta determine,  
 sometiéndome desde ya a las reglamentaciones vigentes y a las que se dicten mientras se mantenga  
 la relación de la afiliación concedida. –Asimismo manifiesto expresamente mi conformidad de que  
 en caso que la deuda contraída, y a que se refiere la presente, deba ser objeto de cobro judicial, se  
 utilice a tal fin el procedimiento del juicio ejecutivo que establece el CPCCN sometiéndome a la  
 jurisdicción del Juzgado Federal con asiento en la ciudad de....., constituyendo a tal efecto  
 domicilio legal en el citado precedente, en el que serán válidas todas las notificaciones y/o  
 intimaciones que se efectúen con motivo del presente documento de reconocimiento de deuda y  
 compromiso de pago.

---Suscribo el presente por ante funcionario competente, que certifica la autenticidad de la misma, y  
 a tal efecto lo manifiesta y suscribe, uno el original para el I.S.S.U.N.N.E. y el duplicado para el  
 suscripto.- También lo hace el señor/a.....M.I.N<sup>a</sup>.....  
 Con domicilio real en.....  
 En carácter de fiador solidario, quien asume responsabilidad directa del cumplimiento de todas las  
 obligaciones emergentes del presente documento.

---A los efectos consignados se suscribe el presente en la ciudad de.....  
 A los..... del mes de..... de 20.....

.....  
 Firma del garante

.....  
 Firma del solicitante

**DPTO. FINANCIERO CERTIFICA:** que las firmas que anteceden corresponden a los  
 Sr/a.....y Sr/a.....

Y que las mismas han sido puestas en mi presencia.

Límite de crédito del solicitante \$.....

Límite de crédito del garante \$.....

.....de.....de.....