



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales



Las Malvinas son argentinas
- 40 AÑOS -

JUBILADO
Solicito incorporación como afiliado adherente del ISSUNNE

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

Sra. Delegada Rectoral del ISSUNNE

Méd. Rocío Paola Cardozo

S _____ / _____ D:

Quién suscribe.....
CUIL.....con domicilio real en.....de
la ciudad de.....TE.....y constituyendo el legal
en.....de la ciudad de.....

En mi condición de JUBILADO docente / no docente (tachar lo que no corresponda) me dirijo a Ud. a fin de solicitar mi incorporación como AFILIADO ADHERENTE al I.S.S.U.N.N.E., que me permitan contar con los servicios de salud (consultas, prestaciones ambulatorias, farmacia), en las condiciones que brinda la Institución. **Para el caso de requerir prestaciones de internación, cirugías y prótesis las mismas serán autorizadas en el porcentaje que correspondan. Únicamente si fueran rechazadas por mi obra social jurisdiccional:.....**, por lo que declaro **conocer y aceptar** los términos de la Resolución 258/14.

Me obligo a realizar el pago del aporte mensual en dependencias del ISSUNNE (5% del haber jubilatorio - Disposición N° 894/12) y a presentar en **ABRIL y OCTUBRE** de cada año fotocopia del último recibo de mi haber jubilatorio.

Estoy en conocimiento que la **falta de pago** de dos meses consecutivos o alternados **implicará** la inmediata **suspensión** de cualquier **cobertura** por parte de este instituto, y que el restablecimiento de los servicios, previa solicitud expresa, fijará un período de carencia. Me comprometo a abonar el coseguro correspondiente al momento de autorizar la práctica correspondiente, incluida la consulta.

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

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

1. Fotocopia de DNI del titular y garante (traer original para certificar).
2. Fotocopia certificada por autoridad competente del acto administrativo que dispuso la baja como personal docente o no docente de la U.N.N.E.
3. Fotocopia certificada por autoridad competente o escribano público de la resolución de ANSES por la cual se otorgó el beneficio de la jubilación.
4. Fotocopia certificada del primer / último recibo de haber jubilatorio, a fin de determinar el aporte mensual obligatorio.



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales



Las Malvinas son argentinas
- 40 AÑOS -

5. Fotocopia del recibo de sueldo del garante certificada por el Dpto. Personal del Instituto o Facultad.
6. Como beneficiario/a de otra/s obra/s social/es acompaño constancia/s que así lo acredita/n.....
7. Adjuntar carnet de ISSUNNE como activo, en caso de no tenerlo, adjuntar denuncia de extravió.

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.

Estoy en conocimiento que la Asistente Social del ISSUNNE podrá verificar la convivencia in situ sin previo aviso.

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 Garante

Firma del Solicitante

Para completar por personal del I.S.S.U.N.N.E.

OBSERVACIONES:.....

Controló la documentación presentada: Fecha: / / . Hora: _____

Firma y Sello

Vº Bº DIRECCIÓN DE SERVICIOS SOCIALES

Se **AUTORIZA** la afiliación de.....bajo los términos de las Resol. 965/11 y 258/14 **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.Nª.....
 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 abonará 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.Nª.....
 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.....