



Universidad Nacional del Nordeste  
Instituto de Servicios Sociales

## **JUBILADO**

**SOLICITO INCORPORACION COMO BENEFICIARIO ADHERENTE AL I.S.S.U.N.N.E.**

.....,.....de.....de.....

Señora

Delegada Rectoral del ISSUNNE

Dra. María Mercedes González

Presente

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.
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 acompañó 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.

Asimismo declaro conocer lo preceptuado en el Artículo 11 de la Ordenanza vigente N° 076/99: **“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 Resoluciones 965/11 y 258/14, **con/sin carencia de servicios.**(Art 11 Resolución 076/99). Por Dpto. Registros y Afiliaciones procédase 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...../...../201



Universidad Nacional del Nordeste

Instituto de Servicios Sociales

**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 del 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  
validas 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.

Limite de crédito del solicitante \$.....

Limite de crédito del garante \$.....

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