

## AGENTE CON LICENCIA SIN GOCE DE HABERES

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

Sra. Delegada Rectoral del ISSUNNE

Dra. 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 **NO** poseer **otra obra social ni cobertura médica  
pública o privada.**

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.**

A fin de acreditar el cumplimiento de los requisitos exigidos en la Resolución C.S.  
N°916/23 y reglamentaciones vigentes, adjunto:

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. Otra documentación:.....

"Año de la defensa de la vida, la libertad y la propiedad"



Universidad Nacional del Nordeste  
Instituto de Servicios Sociales

1994 - 2024

**30 años**

De la Consagración Constitucional  
de la Autonomía y Autarquía  
Universitaria en Argentina

(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.

Saludo a Ud. atte.

Firma del solicitante

---

Para completar por el personal del ISSUNNE

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

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

FIRMA Y SELLO

V° B° DIRECCIÓN DE SERVICIOS SOCIALES

Se **AUTORIZA** la afiliación de.....bajo los términos de la

**Resol. 916/23 (Art 12 Inc A-2 Item 2, sin carencia de servicios.**

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

1994 - 2024

**30 años**

De la Consagración Constitucional  
de la Autonomía y Autarquía  
Universitaria en Argentina

**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 sometiendo 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.....