

USUARIO POR ADHESION VOLUNTARIA

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

Sra. Delegada Rectoral del ISSUNNE

Dra. 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.....

Me dirijo a Ud. a fin de solicitar mi incorporación como **USUARIO POR ADHESION VOLUNTARIA**, (Resol.916/23 Art 12 Inc B y Resol. 967/23 CS) que me permita contar con los Servicios de Salud taxativamente enunciados en el **Artículo 1º del Anexo II de la Resolución 916/2023**, modificatoria de la Ordenanza vigente en ISSUNNE.

Dejo constancia que conozco y acepto los términos enunciados en el Art 2º del mismo Anexo respecto del aporte que debo abonar mensualmente, independientemente del régimen previsional del cual sea beneficiario a saber:

Art 2º Anexo II: “El aporte realizado por el usuario por adhesión voluntaria para recibir las prestaciones acordadas en este reglamento constará de **un 5% calculado sobre la totalidad de los haberes percibidos en concepto de Jubilación** (Resolución 2023-967 C.S UNNE). Cualquiera sea el régimen previsional del cual sea beneficiario, **actualizable de manera trimestral**. Asimismo el porcentaje del aporte no podrá ser nunca inferior al aporte correspondiente a un agente no docente en actividad categoría 7 con diez años de antigüedad.”

Me obligo a presentar en los meses de FEBRERO, MAYO, AGOSTO, NOVIEMBRE de cada año fotocopia del último recibo de mi haber jubilatorio a los fines de su actualización.

Estoy en conocimiento que la **falta de pago de tres meses consecutivos o alternados implicará la baja automática de la afiliación** concedida por parte de este instituto, sin la posibilidad de ser admitido nuevamente como afiliado.

Declaro conocer ya aceptar expresamente que la categoría de afiliado a la cual solicito mi incorporación, NO POSEE coberturas de internación, cirugía, prótesis, derivación a centros de alta complejidad y planes especiales, beneficios derivados del régimen de compensación o del régimen de reciprocidad, de manera principal ni subsidiaria.

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

“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*

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 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. 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 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 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

“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*

Vº Bº DIRECCIÓN DE SERVICIOS SOCIALES

Se **AUTORIZA** la afiliación de.....DNI N°.....

bajo los términos de la Resolución N° 916/23 Art. 12 B Anexo I, II, y Resol.N° 967/23 CS **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.....

RECONOCIMIENTO DE DEUDA Y COMPROMISO DE PAGO

---El que suscribe.....DNI N°.....
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
usuario por adhesión voluntaria.

---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 sometiendo a la
jurisdicción del Juzgado Federal con asiento en la ciudad de.....,constituyendo a tal
efecto domicilio legal en el citado precedentemente, 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.....DNI..... con
domicilio real en..... en carácter de fiador mancomunado y
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 \$.....

Ctes.....de.....de 20.....