

Provincia de La Pampa
Instituto de Seguridad Social
“El Río Atuel también es Pampeano”

Expediente nº 34.341-7-Cpo.5/95.-

SANTA ROSA, 12 MAR 2019

VISTO:

Lo establecido en los artículos 26 -inc. a y b -, 30, 102 y concordantes de la N.J.F. nº 1170 (t.o. 2000), y

CONSIDERANDO:

Que la mencionada norma legisla en la parte general, más específicamente en el TÍTULO I -DE LA INSTITUCIÓN-, CAPÍTULO VII -De las obligaciones de los empleadores, de los afiliados, de los beneficiarios y de los prestadores-, en los artículos 26 a 29, sobre la afiliación de los beneficiarios del sistema regido por la ley orgánica de referencia;

Que seguidamente el legislador se encargó de especificar quiénes serían los afiliados al Servicio de Previsión Social y al Servicio Médico Previsional;

Que en ese contexto se han desarrollado dos sistemas de afiliaciones perfectamente separados, uno para el SPS y otro para el SEMPRE;

Que el seguimiento de estos trámites ha obligado durante todos estos años al afiliado a completar dos formularios de afiliación y presentar para ambos casos la misma documentación;

Que en tal sentido se ha conformado una comisión, integrada por personal de las áreas de afiliaciones del SPS y SEMPRE, que ha trabajado en la simplificación del trámite;

Que como resultado de dicho trabajo se ha creado el Formulario Único de Afiliación al ISS, se unificó la documentación a presentar para el ingreso al sistema y se diagramó el circuito del trámite de afiliación al SPS y SEMPRE;

Que dichas modificaciones simplifican notablemente el referido trámite, eliminado la duplicidad de carga de datos y con ello reduciendo la posibilidad de error, debiendo el afiliado completar un formulario y presentar una única copia de la documentación requerida;

Que para efectivizar este cambio corresponde modificar el artículo 1º punto 4 de la Resolución General Nº 642/13, que reglamenta sobre el formulario de afiliación;

Que se ha dado intervención a Asesoría Letrada en la presente;

POR ELLO y en uso de las facultades conferidas por el artículo 10 de la N.J.F. nº 1170 (t.o.2000):

///

EL DIRECTORIO DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL
DE LA PROVINCIA DE LA PAMPA

RESUELVE:

ARTICULO 1º.- Modificar el artículo 1º punto 4 de la Resolución General N° 642/13, el que quedará redactado de la siguiente manera:

"4- Formulario Único de Afiliación que como Anexo I forma parte de la presente Resolución, el que deberá estar cumplimentado en todos sus ítems y con las firmas que se requieren."

ARTICULO 2º.- Reemplazar el Anexo I de la Resolución N° 642/13, por el Anexo I de La presente, el que será de implementación obligatoria a partir del 01/05/19.

ARTICULO 3º.- Regístrese, publíquese en el Boletín Oficial de la provincia de La Pampa y pase a las Gerencias Generales del Servicio de Previsión Social y Servicio Médico Previsional.-

RESOLUCIÓN GENERAL N° **813** /19.-



[Signature]
C.P.N. MIGUEZ TAVELLA
PRESIDENTE

[Signature]
Dr. RUBEN F. MENDOZA
VICEPRESIDENTE

[Signature]
RAÚL EDUARDO ORTIZ
VOCAL

[Signature]
GERARDO JAVIER GAMEZA
VOCAL

[Signature]
Com. Gral. (R) Adrián F. CORTES
VOCAL

[Signature]
MARIA CRISTINA NEMESIO
VOCAL

[Signature]
MARGARITA MERCEDES MARTI
VOCAL

[Signature]
Prof. NORA PELIZZARI
VOCAL

[Signature]
JOSE ANIBAL RODRIGUEZ
VOCAL

PROVINCIA DE LA PAMPA
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL
ES COPIA FIEL
Conste - Santa Rosa:

12 MAR. 2019

[Signature]
RAÚL EDUARDO ORTIZ
SECRETARIO GENERAL

Provincia de La Pampa
Instituto de Seguridad Social
 "El Río Atuel también es Pampeano"

ANEXO I



Formulario Único de Afiliación
 FU 01

"El Río Atuel también es Pampeano"

AFILIADO TITULAR					
APELLIDO Y NOMBRE				N° DE CUIL	
<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>
DOMICILIO DE CONTACTO					
CALLE		NUMERO	CASA		
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		
PISO	DPTO	BARRIO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
LOCALIDAD			PROVINCIA		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
TELEFONO FIJO		TELEFONO CELULAR		CORREO ELECTRONICO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/> @	
HIJOS MENORES DE 21 AÑOS			AFILIADOS INDIRECTOS		
APELLIDO Y NOMBRE				CUIL	
<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>
ESPOSA/O-UNION CONVIVENCIAL					
APELLIDO Y NOMBRE				N° CUIL	F. NACIMIENTO
<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>
PORCENTAJE DE APORTE	CAPITALIZA	ESTADO CIVIL		ESTADO ACTUAL	
<input type="radio"/> 1%	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> SOLTERA/O	<input type="radio"/> SEP. PERSONAL	<input type="radio"/> UNION CONVIVENCIAL	
<input type="radio"/> 6%	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> CASADA/O	<input type="radio"/> DIVORCIADA/O	<input type="radio"/> SEPARACION HECHO	
		<input type="radio"/> VIUDA/O			
HIJA/O MAYOR DE 21 AÑOS					
APELLIDO Y NOMBRE				N° CUIL	F. NACIMIENTO
<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>
PORCENTAJE DE APORTE	CAPITALIZA	ESTADO CIVIL		ACTIVIDAD QUE REALIZA	
<input type="radio"/> 1%	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> SOLTERA/O	<input type="radio"/> ESTUDIANTE	<input type="radio"/> AUTONOMO	
<input type="radio"/> 6%	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> CASADA/O	<input type="radio"/> EMPLEADO	<input type="radio"/> DESOCUPADO	
		<input type="radio"/> VIUDA/O	<input type="radio"/> MONOTRIBUTO	<input type="radio"/> OTRO	
CALLE		NUMERO	PISO	DPTO	LOCALIDAD
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TELEFONO CELULAR		CORREO ELECTRONICO		PROVINCIA	
<input type="text"/>		<input type="text"/> @		<input type="text"/>	
OTROS					
APELLIDO Y NOMBRE				N° CUIL	F. NACIMIENTO
<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° CUIL MADRE	N° CUIL PADRE	% DE APORTE		CAPITALIZA	PARENTESCO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> 1% <input type="radio"/> 6%		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="text"/>

NUMERO DE AFILIADO

FOJA DE SERVICIOS

EMPRESA, REPARTICION, EMPLEADOR ACTIVIDAD POR CUENTA PROPIA o INACTIVIDAD	REGIMEN JUBILATORIO	TAREAS o CARGO	DESDE			HASTA			¿Efectuo aportes?
			día	mes	año	día	mes	año	

Deben detallarse cronológicamente todos los servicios prestados a partir de los (18) años de edad, con o sin relación de dependencia, indicando también los períodos de inactividad y sus causas.

Observaciones:

¿Tiene beneficios otorgados? sí no ¿En trámite? sí no Tipo de beneficio

¿En que caja o Instituto? Expediente N°

FIRMA DE AFILIADO TITULAR

ACLARACION

Lugar y fecha

Usar si no sabe firmar

Digito Pulgar

Firma y sello de la autoridad certificante

Todos los datos consignados en el presente formulario revisten el carácter de declaración jurada

ANEXO ! RESOLUCION GENERAL N° 813 /19.-



Dr. RUBEN F. MENDOZA
VICEPRESIDENTE

C.P.N. MIGUEL A. TAVELLA
PRESIDENTE

RAÚL EDUARDO ORTIZ
VOCAL

GERARDO JAVIER GAMEZA
VOCAL

Cogn. Gral. (R) Adrián F. CORTES
VOCAL

MARIA CRISTINA NEMESIO
VOCAL

MARGARITA MERCEDES MARTI
VOCAL

Prof. WORA PELIZZARI
VOCAL

JOSE ANIBAL RODRIGUEZ
VOCAL

PROVINCIA DE LA PAMPA
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL
ES COPIA FIEL
Conste / Santa Rosa:

12 MAR. 2019

RAUL EDUARDO ORTIZ
SECRETARIO GENERAL