# INGRESO DE ASOCIADOS OBLIGATORIOS

informa

frutos del país

Obra Social del Personal de Dirección de las Empresas que Actúan en Frutos del País

## Instrucciones

### Para ser presentado en la Obra Social

A) Solicitud de Ingreso a la Obra Social Frutos del País
B) Fotocopia del Acta de Matrimonio
C) Fotocopia de las Partidas de Nacimiento de los hijos
D) Fotocopia del Documento Nacional de Identidad de todo el grupo familiar

**TODAS LAS FOTOCOPIAS DEBEN ESTAR FIRMADAS POR EL SOCIO CONSIGNANDO QUE SON COPIAS FIEL DEL ORIGINAL**

### RECATEGORIZACIÓN: para presentar en la ANSES

Cuando el cambio se realiza de una Obra Social Sindical a una de Obra Social de Personal de Dirección, se completará:

A) Formulario 5.3 (firmado por el Asociado y certificado por autoridad competente)
B) MODELO DE NOTA (Firmada y certificado por autoridad competente)
C) Fotocopia del último recibo de sueldo del titular, en el que deberá constar **ES COPIA DEL ORIGINAL**, con firma y sello de la empresa.

### Para presentar en la ANSES

Cuando el cambio se realiza de una Obra Social de Dirección a otra de Obra Social de Personal de Dirección, se deberá haber cumplido un año como minimo en la Obra Social anterior y deberá completar:

A) Formulario 5.9 (firmado por el Asociado y certificado por autoridad competente)
B) Fotocopia del último recibo de sueldo del titular, en el que deberá constar **ES COPIA DEL ORIGINAL**, con firma y sello de la empresa.

### MUY IMPORTANTE:

**LA FECHA LIMITE DE ENTREGA DEL FORMULARIO 5.9 EN LA OBRA SOCIAL ES EL DÍA 30**

PARA QUE NO HAYA ATRASOS EN EL CAMBIO, SOLICITAMOS ENTREGAR TODA LA DOCUMENTACIÓN DESCRIPTA PARA CADA TRAMITE, DE LO CONTRARIO NO SE PODRA DAR CURSO AL FORMULARIO.

UNA VEZ INICIADO EL TRAMITE, EL EMPLEADOR DEBERÁ PONER EL CÓDIGO DE LA OBRA SOCIAL 401001, CUANDO EFECTUE EL PAGÓ DE LAS CARGAS SOCIALES, PARA QUE EL CAMBIO SE EFECTUE.

Se informa además que todos los formularios ps.5.3 y ps.5.9., deberán consignar entre los datos personales del titular obligatoriamente (según normativa interna de ADP - Base de Personas adjunta) lo siguiente:

**teléfono particular, celular, email y domicilio.**

Cabe hacer notar que los mismos deberán agregarse por ahora en la parte superior del formulario "datos del titular".

### Se adjuntan:

A) Solicitud de Ingreso a la Obra Social Frutos del País
B) Formulario 5.3
C) Modelo de Nota
D) Formulario 5.9

# frutos del país

**Obra Social del Personal de Dirección de las Empresas que Actúan en Frutos del País**
**Balcarce 880 P.B. - (C1064AAR) Capital Federal - Telefax: 4362-5300 - e-mail: frutosdelpais@sion.com**

| **AFILIADO TITULAR:** | Socio en Relación de Dependencia**:** | | Socio Directo**:** | |
|---|---|---|---|---|
| **PLAN:** | **Emergencias:** | **Cobertura Internacional:** | **Médicus Odontológico:** | |

**1** Apellido y Nombres:

Nº de C.U.I.L./C.U.I.T. Sexo:

Tipo de documento: Nº: Estado Civil:

Fecha de Nacimiento: / / Nacionalidad:

DOMICILIO PARTICULAR**:**

Nº: Piso: Dpto.: Código Postal:

Localidad: Provincia:

Teléfono / Fax: e-mail:

DOMICILIO POSTAL**:**

Nº: Piso: Dpto.: Código Postal:

Localidad: Provincia:

Teléfono / Fax: e-mail:

## GRUPO FAMILIAR PRIMARIO:

**2** Apellido y Nombres:

Nº de C.U.I.L./C.U.I.T. Sexo:

Tipo de documento: Nº: Parentesco:

Fecha de Nacimiento: / / Nacionalidad:

**3** Apellido y Nombres:

Nº de C.U.I.L./C.U.I.T. Sexo:

Tipo de documento: Nº: Parentesco:

Fecha de Nacimiento: / / Nacionalidad:

**4** Apellido y Nombres:

Nº de C.U.I.L./C.U.I.T. Sexo:

Tipo de documento: Nº: Parentesco:

Fecha de Nacimiento: / / Nacionalidad:

**5** Apellido y Nombres:

Nº de C.U.I.L./C.U.I.T. Sexo:

Tipo de documento: Nº: Parentesco:

Fecha de Nacimiento: / / Nacionalidad:

**6** Apellido y Nombres:

Nº de C.U.I.L./C.U.I.T. Sexo:

Tipo de documento: Nº: Parentesco:

Fecha de Nacimiento: / / Nacionalidad:

## DATOS DE LA EMPRESA:

Razón Social:

Nº de C.U.I.T. | | | | | | | | | | | | Remuneración: $

Fecha de Ingreso: / / | Cargo:

Nombre del encargado de personal:

DOMICILIO:

Nº: | Piso: | Of.: | Código Postal:

Localidad: | Provincia:

Teléfono / Fax: | e-mail:

DOMICILIO POSTAL:

Nº: | Piso: | Of.: | Código Postal:

Localidad: | Provincia:

Teléfono / Fax: | e-mail:

Habiendo tomado conocimiento de los beneficios y obligaciones que me corresponden según decida inscribirme respectivamente en los planes que tiene en vigor esa Obra Social, infórmoles que he puesto tales hechos en conocimiento de la firma en la que me desempeño en relación de dependencia, a los efectos de que por mi inclusión en el plan de mi elección se alcance a completar, dentro del pago mensual que efectúa a esa Obra Social, la cantidad requerida para tener derecho a tales beneficios.

CERTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR SOBRE LA VERACIDAD DE LOS DATOS CONSIGNADOS

| **SELLO** | **FIRMA y ACLARACIÓN** |
|---|---|

## DATOS DE LA OBRA SOCIAL O COBERTURA MEDICA A LA QUE PERTENECIA

Nombre:

Fecha de Ingreso: / / | Fecha de Egreso: / / | Nº Socio:

Nombre del Socio que lo presenta:

En el caso de interrumpir, por cualquier motivo, mi condición de beneficiario, me comprometo expresamente a cesar automáticamente en el uso de las prestaciones sociales y a reintegrar de inmediato todas las credenciales que acrediten el carácter de beneficiario o permiten el uso de los servicios contratados por la Institución.
Para el caso de cualquier cuestión que se suscitare me someto expresamente a la competencia de la Justicia Nacional de Primera Instancia en lo Civil y Comercial Federal, y constituyo domicilio a tal efecto en: _____ de la Capital Federal.

_____
FIRMA

**NOTA: A esta solicitud se le deberá adjuntar:**
a) Fotocopia del certificado o de la libreta de casamiento.
b) Fotocopias de las partidas de nacimiento de los hijos.
**TODAS LAS FOTOCOPIAS DEBERÁN ESTAR FIRMADAS POR EL TITULAR**.

Versión 1.2

ANSES

Form. PS.5.3

# Declaración Jurada del Trabajador y su Grupo Familiar Adheridos al Sistema Nacional del Seguro de Salud

Frente

Los campos grisados serán completados por personal de ANSES. Distribución Gratuita.

☐ Novedades ☐ Recategorización

| Fecha de Presentación | | |
|---|---|---|
| Día | Mes | Año |

**Datos del Titular**

| Apellido/s | Nombre/s | CUIL/CUIT |
|---|---|---|
| | | |

**Datos de la Obra Social**

| Código | Denominación |
|---|---|
| | |

**Datos del Empleador** (Completar si se encuentra en relación de dependencia)

| CUIT | Razón Social | Sit. Rev. (1) |
|---|---|---|
| | | |

**Datos del Grupo Familiar para la Obra Social**

**1**

| CUILT/CUIT | Apellido/s | Nombre/s |
|---|---|---|
| | | |

| Doc. de Identidad | | Fecha de Nacimiento | | | Cód. Parent | Incapac. | Estudia |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo | Número | Día | Mes | Año | | Si ☐ No ☐ | Si ☐ No ☐ |

| Marca OS | Alta | Baja | Fecha | | | Nov. ADP | Inicio Relación | Finaliza Relación | Fecha | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ☐ | ☐ | Día | Mes | Año | | ☐ | ☐ | Día | Mes | Año |

**2**

| CUILT/CUIT | Apellido/s | Nombre/s |
|---|---|---|
| | | |

| Doc. de Identidad | | Fecha de Nacimiento | | | Cód. Parent | Incapac. | Estudia |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo | Número | Día | Mes | Año | | Si ☐ No ☐ | Si ☐ No ☐ |

| Marca OS | Alta | Baja | Fecha | | | Nov. ADP | Inicio Relación | Finaliza Relación | Fecha | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ☐ | ☐ | Día | Mes | Año | | ☐ | ☐ | Día | Mes | Año |

**3**

| CUILT/CUIT | Apellido/s | Nombre/s |
|---|---|---|
| | | |

| Doc. de Identidad | | Fecha de Nacimiento | | | Cód. Parent | Incapac. | Estudia |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo | Número | Día | Mes | Año | | Si ☐ No ☐ | Si ☐ No ☐ |

| Marca OS | Alta | Baja | Fecha | | | Nov. ADP | Inicio Relación | Finaliza Relación | Fecha | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ☐ | ☐ | Día | Mes | Año | | ☐ | ☐ | Día | Mes | Año |

**4**

| CUILT/CUIT | Apellido/s | Nombre/s |
|---|---|---|
| | | |

| Doc. de Identidad | | Fecha de Nacimiento | | | Cód. Parent | Incapac. | Estudia |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo | Número | Día | Mes | Año | | Si ☐ No ☐ | Si ☐ No ☐ |

| Marca OS | Alta | Baja | Fecha | | | Nov. ADP | Inicio Relación | Finaliza Relación | Fecha | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ☐ | ☐ | Día | Mes | Año | | ☐ | ☐ | Día | Mes | Año |

El siguiente formulario reviste el carácter de Declaración Jurada, debiendo ser completado sin omitir ni falsear ningún dato, quedando sujetos los infractores a las penalidades previstas en los Artículos 172, 292 y 293 del Código Penal para los delitos de estafa y falsificación de documentos.

Quien suscribe_____

en calidad de_____

certifica que la firma precedente corresponde al declarante por haber sido puesta en mi presencia

acreditando identidad con _____ Nº_____

| Firma del Titular/Representante | Firma y Documento del Certificante | Sello Fechador y Firma ANSES |
|---|---|---|

**1 - Tabla de Situación de Revista**

00 Percibe Haberes Regularmente
01 Contrato Temporario
25 Autónomo Monotributista
26 Servicio Doméstico Suspendido con Derecho a Obra Social
10 Maternidad
11 Período de Reserva Por Enfermedad
12 Período de Reserva por Accidente Suspendido sin Derecho a Obra Social
20 Excedencia
21 Licencia Extraordinaria
22 Receso Contrato Temporada
23 Licencia Gremial
24 Otras Suspensiones por más de tres meses

**2 - Tabla de Parentesco**

00 Titular
01 Cónyuge
02 Conviviente
03 Hijo Soltero menor de 21 años
04 Hijo Soltero entre 21 y 25 años inclusive cursando estudios regulares
05 Hijo del cónyuge soltero menor de 21 años
06 Hijo del cónyuge soltero entre 21 y 25 años inclusive cursando estudios regulares
07 Menor bajo guarda o tutela
08 Adherente
09 Hijo propio o del cónyuge discapacitado

**MODELO NOTA** *(en hoja con membrete de la empresa)*

Buenos Aires,

AL SEÑOR GERENTE DE LA UDAI/DELEGACIÓN/OFICINA
.....
de la ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSES)
Don.....
S / D

Por medio de la presente me dirijo a esa ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSES) en mi carácter de representante legal de la Empresa.....Nº de CUIT.....con domicilio Legal en la / el (Calle / Avenida / Pasaje / Boulevard ).....Nº ..... ....(Localidad), (Provincia).....a fin de informarle que el / la beneficiario / a....., con Nº de CUIL.....quien se desempeña en la mencionada entidad, es titular de la obra social.....FRUTOS DEL PAÍS.....( RNOS ) Nº .....4-0100-1..... a partir del ( DD / MM / AA ), por haberse producido un cambio en la categoría laboral.

Asimismo, informo a Usted que el empleador a quien represento se compromete a consignar en la Declaración Jurada Mensual a presentar ante la ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS ( AFIP ), la nueva obra social asignada.

Saludo a Usted atentamente.

Firma y sello de la empresa

Firma del empleador
Responsable autorizado
Representante Legal
Sello aclaratorio de la firma
Cargo
Tipo y número de Documento de Identidad del firmante

La firma del empleador o persona autorizada debe estar certificada por autoridad competente (Banco, Escribano o Autoridad Policial).

ANSES

Form. PS.5.9

# Cambio de Obra Social para Personal de Dirección y Asociaciones Profesionales de Empresarios

Frente

**Titular**

| CUIL | Apellido/s y Nombre/s |
|---|---|
| | |

| CUIT Empleador | Razón Social |
|---|---|
| | |
| | |

**Obra/s Social/es Actual/es a la/s que se realiza Aportes**

| Código | Denominación |
|---|---|
| | |
| | |

**Obra Social Elegida**

| Código | Denominación |
|---|---|
| | |

**Grupo Familar primario y/o Familiares a Cargo**

| | Apellido/s | Nombre/s | Cód. Parent | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CUIL | Doc. Identidad Tipo | Doc. Identidad Número | Fecha de Nacimiento Día | Fecha de Nacimiento Mes | Fecha de Nacimiento Año | Incapac. Si ☐ No ☐ | Estudia Si ☐ No ☐ |
| 2 | CUIL | Doc. Identidad Tipo | Doc. Identidad Número | Fecha de Nacimiento Día | Fecha de Nacimiento Mes | Fecha de Nacimiento Año | Incapac. Si ☐ No ☐ | Estudia Si ☐ No ☐ |
| 3 | CUIL | Doc. Identidad Tipo | Doc. Identidad Número | Fecha de Nacimiento Día | Fecha de Nacimiento Mes | Fecha de Nacimiento Año | Incapac. Si ☐ No ☐ | Estudia Si ☐ No ☐ |
| 4 | CUIL | Doc. Identidad Tipo | Doc. Identidad Número | Fecha de Nacimiento Día | Fecha de Nacimiento Mes | Fecha de Nacimiento Año | Incapac. Si ☐ No ☐ | Estudia Si ☐ No ☐ |

El siguiente formulario reviste carácter de Declaración Jurada, debiendo ser completado sin omitir ni falsear ningun dato, quedando sujetos los infractores a las penalidades previstas en los Artículos 172, 292 y 293 del Código Penal para los delitos de estafa y falsificación de documentos.

Quien suscribe _____

en calidad de _____

certifica que la firma precedente corresponde al declarante por haber sido puesta en mi presencia

acreditando identidad con _____ N° _____

Firma del Titular / Representate

Firma y Documento Certificante

Sello Fechador y Firma ANSES

Firma y Sello Obra Social

Ministerio de Trabajo,
Empleo y Seguridad Social

Dorso (Form. PS.5.9)

1. Si se producen tachaduras o enmiendas, deben quedar salvadas en el mismo formulario.

2. El duplicado de este formulario en donde se registran sello de recepción, firma y número de legajo del Agente ANSES u otro organismo autorizado, queda en poder del titular.
3. Para el caso en que los camposde los integrantes del grupo familiar no fueran suficientes, debe confeccionar otro formulario por duplicado, completando obligatoriamente el apellido y nombre, número de CUIL.
4. Número de CUIL : tasnscribirlo del último recibo de sueldo o de la constanciaentregada oportunamente por ANSES
5. Apellido y Nombre/s : transcribirlo completos, como figura en el documento de identidad. Las mujeres consgnan sólo apellido de soltera.
6. Documento de Identidad (Miembros del Grupo Familiar)

   Tipo : Respete estos Códigos

| Código | Descripción |
|---|---|
| DU | Documento Nacional de Identidad |
| LE | Libreta de Enrolamiento |
| LC | Libreta Cívica |

7. CUIT Empleador / Empleadores: transcribirlo del último recivo de sueldo o consultar con aquellos a fin de registarlo/s correspondientente.
8. Obras Sociales - Códigos : consignar el/los código/s de la/s Obra/s Social/es que aporta y de la Obra Social elegida.
9. Códigos de Parentesco

| | |
|---|---|
| 00 | Titular |
| 01 | Cónyuge (esposa) |
| 02 | Conviviente (concubino/a) |
| 03 | Hijo soltero menor de 21 años |
| 04 | Hijo soltero de 21 a 25 alos cursando estudios regulares |
| 05 | Hijo del cónyuge soltero menor de 21 años |
| 06 | Hijo del cónyuge soltero de 21 a 25 alos cursando estudios regulares |
| 07 | Menor bajo guarda o tutela |
| 08 | Adherente |
| 09 | Hijo discapacitado |