Instructivo de Alta
Personal recategorizado que proviene de Obra Social de Dirección

Titular

- **Formulario ABM (adjunto)** donde consten estos datos:
  - Datos completos del titular y grupo familiar (cónyuge e hijos)
  - Red Prestacional y Plan médico
  - Firma y aclaración del titular
  - Firma y sello de la empresa
- **Fotocopia de Documento Nacional de Identidad** formato tarjeta (frente y reverso)
- **Formulario ANSES 5.9 Original** (adjunto)
  - Datos completos del titular y grupo familiar
  - Consignar el código de Obra Social **(RNOS) 401209 OSIM**
  - Firma y aclaración del titular
  - La firma deberá estar certificada por autoridad competente. Consulte con nuestro Centro de Atención para conocer los canales habilitados.
- **Certificación Laboral** (se adjunta modelo)

Cónyuge / concubina/o:

Si el cónyuge / concubina/o posee otra Obra Social y está en relación de dependencia o es monotributista:

- **Certificado que acredite el vínculo** (Acta de matrimonio o certificado de convivencia)
- **Fotocopia de Documento Nacional de Identidad** formato tarjeta (frente y reverso)
- **Constancia de Unificación de Aportes** realizada ante la Superintendencia de Servicios de Salud. Más información

Hijos:

- **Certificado de nacimiento**
- **Fotocopia de Documento Nacional de Identidad** formato tarjeta (frente y reverso)
- **Certificado de estudio de alumno regular** para hijos mayores de 21 hasta 25 años. Podrá acceder a la cobertura siempre y cuando se encuentre cursando estudios regulares oficialmente reconocidos y que no tenga actividad profesional, laboral o no se encuentre emancipado,

Se adjunta los formularios correspondientes:

ABM OSIM
Formulario 5.9 ANSES
Modelo nota certificación laboral (hoja membretada de la empresa)

OSIM
OBRA SOCIAL DE
PERSONAL DE DIRECCIÓN

Lugar y Fecha	Nº de Afiliado

La presente solicitud de afiliación reviste el carácter de Declaración Jurada, siendo el afiliado exclusivo responsable por la falsedad o inexactitud de los datos consignados y en caso de que OSIM tome conocimiento de tal circunstancia procederá a la baja del afiliado y su grupo familiar debiendo el afiliado reintegrar la totalidad de los gastos ocasionados por tal motivo. OSIM se reserva el derecho de rechazar la presente solicitud.

DATOS AFILIADO TITULAR

Apellido	Nombre	Tipo y Nº de Documento

☐ A completar por OSIM

Prestador	Plan	Cuota

A EMPRESA CLIENTE

Fecha Ingreso a la Empresa / /	Razón Social	Nº de Cliente	Nº de C.U.I.T.
Sueldo Bruto $	Obra Social de Origen		Código

B OTRAS EMPRESAS CON QUE UNIFICA APORTES

Razón Social	Nº de Cliente	Nº de C.U.I.T.	Sueldo Bruto $
Razón Social	Nº de Cliente	Nº de C.U.I.T.	Sueldo Bruto $

C DATOS AFILIADO TITULAR Alta ☐ Vigencia: ...../...../..... | Baja ☐ Desde: ...../...../..... Motivo: _____ | Modificación ☐ Desde: ...../...../.....

Barra	Apellidos	Nombres	Nº Persona

Tipo de Aportante	C.U.I.T. ☐ Número C.U.I.L. ☐	C.B.U:

Tipo y Nº de Documento	Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad	Sexo	Estado Civil

Domicilio: Calle	Número	Piso	Dpto.	Código Postal	Localidad

Provincia	Email	Teléfonos / fax

D DATOS / CONYUGE / CONVIVIENTE Alta ☐ Vigencia: ...../...../..... | Baja ☐ Desde: ...../...../..... Motivo: _____ | Modificación ☐ Desde: ...../...../.....

Barra	Parentesco	Tipo Aportante	Apellidos	Nombres

C.U.I.T. ☐ Número del Familiar C.U.I.L. ☐	Discapacidad Si ☐ No ☐	Razón Social de la Empresa	Nº de CUIT

Tipo y Nºde Documento	Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad	Sexo	Estado Civil	Nº Persona

Sueldo Bruto	Obra Social Si ☐ No ☐	Código	Obra Social de Origen	Suma Aporte Si ☐ No ☐

E DATOS RESTO GRUPO FAMILIAR Alta ☐ Vigencia: ...../...../..... | Baja ☐ Desde: ...../...../..... Motivo: _____ | Modificación ☐ Desde: ...../...../.....

Barra	Parentesco	Tipo Aportante	Apellidos	Nombres

C.U.I.T. ☐ Número del Familiar C.U.I.L. ☐	Discapacidad Si ☐ No ☐	Estudiante Si ☐ No ☐	Plan - Familiar No a Cargo

Tipo y Nºde Documento	Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad	Sexo	Estado Civil	Nº Persona

Barra	Parentesco	Tipo Aportante	Apellidos	Nombres

C.U.I.T. ☐ Número del Familiar C.U.I.L. ☐	Discapacidad Si ☐ No ☐	Estudiante Si ☐ No ☐	Plan - Familiar No a Cargo

Tipo y Nºde Documento	Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad	Sexo	Estado Civil	Nº Persona

Barra	Parentesco	Tipo Aportante	Apellidos	Nombres

C.U.I.T. ☐ Número del Familiar C.U.I.L. ☐	Discapacidad Si ☐ No ☐	Estudiante Si ☐ No ☐	Plan - Familiar No a Cargo

Tipo y Nºde Documento	Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad	Sexo	Estado Civil	Nº Persona

MOTIVOS DE BAJAS

A • Renuncia a la Empresa
C • Maryoría de Edad
D • Jubilación
E • Despido
F • Fallecimiento del Titular
G • Cambio de Obra Social
H • Transferencia
J • Fin de Contrato
L • Licencia S/Goce de Haberes (Aclarar Motivo)
M • Fallecimiento de Familiar
U • Problemas Económicos
V • Divorcio

Firma Afiliado Titular | Aclaración | Firma y Sello de la Empresa

Asesor Comercial (uso interno)

Nombre y Apellido:	DNI:
Tel:	Email:

Versión 1.2

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 realiza aportes

Código	Denominación

Obra Social Elegida

Código	Denominación

Grupo Familiar primario y/o familiares a cargo

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

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

Firma y Sello Obra Social

Ministerio de Trabajo,
Empleo y Seguridad Social

Buenos Aires, _____ de _____ de 20____

Sres. Superintendencia de Servicios de Salud

Por la presente certifico que el señor/a _____,

C.U.I.L. Nº _____-_____-____, es empleado de _____,

con fecha de ingreso el día ____ de _____ de _____.

Por dicha actividad le corresponde la Obra Social _____,

código RNOS _____.

Sello y firma de la persona responsable
de RR.HH. o del Empleador