Instructivo de Alta
Personal recategorizado que proviene de Obra Social de Convenio/Sindical

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 5.3 Original** (adjunto en anverso y reverso)
  - 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.
- **Nota de Recategorización dirigida a ANSES Original** (adjunto)
  - Consignar el código de Obra Social (RNOS) 401209 OSIM
  - Firmada y sellada por Apoderado de la empresa
  - Certificación de firma por autoridad competente. Consulte con nuestro Centro de Atención para conocer los canales habilitados (LINK CONTACTOS COMERCIALES)
  - Firma y aclaración del responsable de Recursos Humanos
  - Certificación laboral en hoja membretada de la empresa.
- **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 5.3 ANSES (anverso y reverso)
Nota de Recategorización (hoja membretada de la empresa)
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.5.3

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	Slt. Rev. (1)

Datos del Grupo Familiar para la Obra Social

1
CUILT/CUIT | Apellido/s | Nombre/s
Doc. de Identidad: Tipo | Número
Fecha de Nacimiento: Día | Mes | Año
Cód. Parent
Incapac. Sí ☐ No ☐ Estudia Sí ☐ No ☐
Marca OS
Alta ☐ Baja ☐
Fecha: Día | Mes | Año
Nov. ADP
Inicio Relación ☐ Finaliza Relación ☐
Fecha: Día | Mes | Año

2
CUILT/CUIT | Apellido/s | Nombre/s
Doc. de Identidad: Tipo | Número
Fecha de Nacimiento: Día | Mes | Año
Cód. Parent
Incapac. Sí ☐ No ☐ Estudia Sí ☐ No ☐
Marca OS
Alta ☐ Baja ☐
Fecha: Día | Mes | Año
Nov. ADP
Inicio Relación ☐ Finaliza Relación ☐
Fecha: Día | Mes | Año

3
CUILT/CUIT | Apellido/s | Nombre/s
Doc. de Identidad: Tipo | Número
Fecha de Nacimiento: Día | Mes | Año
Cód. Parent
Incapac. Sí ☐ No ☐ Estudia Sí ☐ No ☐
Marca OS
Alta ☐ Baja ☐
Fecha: Día | Mes | Año
Nov. ADP
Inicio Relación ☐ Finaliza Relación ☐
Fecha: Día | Mes | Año

4
CUILT/CUIT | Apellido/s | Nombre/s
Doc. de Identidad: Tipo | Número
Fecha de Nacimiento: Día | Mes | Año
Cód. Parent
Incapac. Sí ☐ No ☐ Estudia Sí ☐ No ☐
Marca OS
Alta ☐ Baja ☐
Fecha: Día | Mes | Año
Nov. ADP
Inicio Relación ☐ Finaliza Relación ☐
Fecha: Día | Mes | Año

Ministerio de Trabajo,
Empleo y Seguridad Social

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

Buenos Aires, ____/____/_____

AL SEÑOR GERENTE DE LA UDAI / DELEGACION / OFICINA
(ANSES)
S_____/_____D

Por medio de la presente me dirijo a esa **ADMINISTRACION NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSES)** en mi carácter de representante legal de la Empresa_____ Nro. De **CUIT**:_____, con domicilio legal en _____, a fin de informarle que el/la beneficiario/a _____, con Nro. De CUIL _____ quien se desempeña en la mencionada entidad, será titular de la obra social **OSIM** *Obra Social del Personal de Dirección de la Industria Metalúrgica y Demás Actividades Empresarias* (**RNOS Nº 401209**) a partir del ___/___/_____.

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

Saludo a Usted atentamente.

Firma del Empleador / Persona autorizada / Representante legal.
Sello aclaratorio de la firma

Espacio disponible para la certificación

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