

GUÍA PARA LA UTILIZACIÓN DEL FORMULARIO PARA AFILIACIÓN, MODIFICACIÓN DE DATOS Y BAJA DE AFILIACIÓN AL PROGRAMA FEDERAL DE SALUD (PROFE-SALUD)

El formulario reviste carácter de declaración jurada. La información allí brindada deberá ser concordante con la documentación que se adjunta.

Todos los campos, correspondientes, de la solicitud deben estar completos al momento de la presentación del trámite.

El formulario puede ser completado por el solicitante o bien por personal de la oficina que reciba el trámite.

- 1: **Dependencia UGP:** Indicar Nombre de la Provincia: **Santa Fe**
- 2: **Tipo de Movimiento:** Coloque **A:** si es Alta, **B:** si es Baja o **M:** si es Modificación de los datos del Titular por ejemplo modificación de domicilio u otros datos.
- 3: **Teléfono de contacto:** Es indispensable indicar un teléfono
- 4: **Fecha de presentación de la Solicitud:** Indicar la fecha en que se realiza el trámite.
- 5: **Apellido y Nombre** completo del titular de la Pensión No Contributiva, según figura en el Documento de Identidad.
- 6: **Fecha de Nacimiento**, según Documento de Identidad.
- 7: **Número de CUIL** del Titular: Se obtiene de la OPP/CPP.
- 8: **Beneficio Número:** Se obtiene de la OPP/CPP o de la comunicación MDS/ Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales.
- 9: **Ley Aplicada:** Colocar el código de letras correspondiente a la Ley aplicada para el otorgamiento de la PNC. Se obtiene de la OPP/CPP
- 10: **Sexo:** Indicar M:masculino- F:femenino
- 11: **Estado Civil:** Indicar C: Casado-S: Soltero-V: Viudo-D: Divorciado o Separado.
- 12: **Tipo de Documento:** DNI-LE-LC.
- 13: **Domicilio:** Nombre de la calle y número correspondiente a la vivienda (de no tener calle y número escribir: s/c s/n (sin calle, sin número).
- 14: **Localidad:** Consignar el Nombre de la localidad.
- 15: **CP:** Colocar el Código Postal correspondiente a la localidad
- 16: **Provincia:** Colocar el Nombre de la Provincia correspondiente a la localidad mencionada anteriormente.

Los campos numerados del 17 al 26, **sólo se deben completar** cuando el Afiliado Titular solicita afiliación/modificación/baja de **miembros del grupo familiar** a cargo. Si los mismos son más de siete se deberá utilizar dos formularios de Solicitud.

- 17: **Tipo de Movimiento:** Coloque **A:** si es Alta, **B:** si es Baja, **M:** si es Modificación de alguno de los datos.
- 18: **Vin.Tit.:** Especificar el vínculo con el titular, según codificación de **Tabla I** anexa.
- 19: **Apellido y Nombres:** Especificar el apellido y nombres completo del familiar a incorporar, modificar o dar de baja.
- 20: **Sexo:** Indicar sexo: Indicar M:masculino- F:femenino
- 21: **Documento de Identidad:** Consignar Tipo de documento: DNI, LE, LC y Número
- 22: **Nacimiento/Baja:** No llenar. Este campo está reservado para las autoridades nacionales.
- 23: **Incapacidad:** Informe si existe o no incapacidad.
- 24: **N° de CUIL :** Indicar el Nro. de CUIL del familiar, en caso de poseerlo
- 25: **Convive:** Informe si el familiar que se esta nombrando convive con el titular. Si/No. Si no convive, llenar el siguiente campo.
- 26: **Domicilio/Localidad/Provincia/CP:** Si no convive, indique el domicilio completo del familiar. Además, se deberá aclarar mediante información sumaria los motivos por los cuales viven separados y si conserva la guarda de los mismos.

27: **Observaciones:** Espacio reservado para aclaración de cualquier dato.

28: Firma y sello de Agente que atendió al solicitante del tramite.

29: Firma o huella digital del afiliado titular o su representante legal acreditado por OPP/OPP o la correspondiente carta Poder.

30: Reservado para Certificación de firma, en caso de ser esta necesaria, por imposibilidad del beneficiario de acercarse a la oficina de afiliación. En estos casos la firma será certificada por la Policía o el Director del Hospital o bien la Institución donde el beneficiario se hallare internado, igualmente el agente afiliador debe firmar en el recuadro que así lo indica.

31: Reservado para la firma de la autoridad correspondiente al área. De padrones y Afiliaciones del PROFE- Salud.

TABLA I

CODIGOS DE AFILIACIÓN SEGÚN EL VINCULO

VINCULO CODIGO

1. CÓNYUGE o CONCUBINO: **C**
2. HIJOS A CARGO HASTA 18 AÑOS / HIJOS INCAPACITADOS / MENORES BAJO GUARDA O TUTELA: **H**

TABLA II

LISTADO DE LEYES APLICADAS

COD. ALFAB. DESCRIPCIÓN

JH PENSION GRACIABLE LEY 24061
JI PENSION GRACIABLE LEY 24037
JJ PENSION GRACIABLE LEY 24191
JK PENSION GRACIABLE LEY 24447
JL PENSION GRACIABLE LEY 24624
HA PENSION GRACIABLE LEY 23466
JA PENSION GRACIABLE LEY 23990
FB PENSION GRACIABLE CONGRESO- LEYES VARIAS
FC PENSION GRACIABLE CONGRESO-LEYES VARIAS
FA PENSION GRACIABLE CONGRESO-LEYES VARIAS
IB PENSION GRACIABLE EXOBISPOS Y ARZOBISPOS
IA PENSION GRACIABLE SACERDOTES SECULARES
FG PENSION GRACIABLE PRIMERA CONSCRIPCION
FJ PENSION GRACIABLE EXPRESIDENTES Y VICEPRESIDENTES
FH PENSION GRACIABLE PRECURSORES AERONAUTICOS
FD PENSION NO CONTRIBUTIVA DTO. 775/82
JM PENSION GRACIABLE CONGRESO LEY 24764
JN PENSION GRACIABLE CONGRESO LEY 24938
JO PENSION GRACIABLE CONGRESO LEY 25064
JP PENSION GRACIABLE CONGRESO LEY 25237
JQ PENSION GRACIABLE CONGRESO
GA PENSION GRACIABLE PRIMEROS PREMIOS
GB PENSION GRACIABLE PRIMEROS PREMIOS
GC PENSION GRACIABLE PRIMEROS PREMIOS
GD PENSION GRACIABLE PRIMEROS PREMIOS
GE PENSION GRACIABLE LEYES ESPECIALES
GG PENSION GRACIABLE LEYES ESPECIALES
GH PENSION GRACIABLE LEYES ESPECIALES
GI PENSION GRACIABLE LEYES ESPECIALES
GK PENSION GRACIABLE LEYES ESPECIALES
JB PENSION GRACIABLE LEY 23110
JC PENSION GRACIABLE LEY 23270
JD PENSION GRACIALBE LEY 23410
JE PENSION GRACIABLE LEY 23526

JF PENSION GRACIABLE LEY 23659
JG PENSION GRACIABLE LEY 23763
HB PENSION GRAC. MADRES 7 HIJOS LEY 23746
FI PENSION GRACIABLE PIONEROS ANTARTIDA
FK PENSION GRACIABLE PREMIO NOBEL
FE PENSION NO CONTRIBUTIVA LEY 13478
FF PENSION NO CONTRIBUTIVA LEY 18910