

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 Coniglio	Nombre Fabrizio Nicolas	Tipo y Nº de Documento DNI 42439852
--------------------------	--------------------------------	--

<input type="checkbox"/> A completar por OSIM	Prestador SMG DER	Plan SMG DER	Cuota
---	--------------------------	---------------------	-------

A EMPRESA CLIENTE

Fecha Ingreso a la Empresa / /	Razón Social LEIBOVICH MATIAS DAMIAN	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 Coniglio	Nombres Fabrizio Nicolas	Nº Persona
Tipo de Aportante	C.U.I.T. <input type="checkbox"/> Número 20424398528	Condición de I.V.A.:	
Tipo y Nº de Documento DNI 42439852	Fecha de Nacimiento 18/03/2000	Edad 24	Nacionalidad ARGENTINO
Domicilio: Calle 27 DE ABRIL 1958	Número 1958	Piso 19	Dpto. C
Provincia CORDOBA	Email fabrizio@sostenmutuo.com	Código Postal 5000	Localidad CORDOBA
		Teléfonos / fax 03541400367	

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

Barra	Parentesco	Tipo Aportante	Apellidos	Nombres
C.U.I.T. <input type="checkbox"/> Número del Familiar	Discapacidad Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Razón Social de la Empresa		Nº de CUIT
Tipo y Nº de Documento	Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad	Sexo Estado Civil Nº Persona
Sueldo Bruto	Obra Social Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Código	Obra Social de Origen	Suma Aportes Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

E DATOS RESTO GRUPO FAMILIAR Alta Vigencia OSIM: **01/11/2023** | Baja Desde: Motivo: | Modificación Desde: |

Barra	Parentesco	Tipo Aportante	Apellidos	Nombres
C.U.I.T. <input type="checkbox"/> Número del Familiar	Discapacidad Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estudiante Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Plan - Familiar No a Cargo	
Tipo y Nº de Documento	Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad	Sexo Estado Civil Nº Persona
Barra	Parentesco	Tipo Aportante	Apellidos	Nombres
C.U.I.T. <input type="checkbox"/> Número del Familiar	Discapacidad Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estudiante Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Plan - Familiar No a Cargo	
Tipo y Nº de Documento	Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad	Sexo Estado Civil Nº Persona

OSIM 50 años
PERSONAL DE DIRECCIÓN
Grupo Prest: SMG DER
Cliente: Grilla MAC 1
Nro. de Gestión: 863702
Ejecutivo: RRHH

MARZO 2024
Recibido por Natalia Ferreyra

MOTIVOS DE BAJAS

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

CONTROL (uso interno)

Firma Promotor	Verificó / Recibió Documentación	
Controló	Cargó	Aprobó

Firma Afiliado Titular

Aclaración

Firma y Sello de la Empresa