

## ANEXO I

## DECLARACION JURADA DE SALUD DE TRABAJADORES AUTONOMOS QUE SE INCORPORAN AL S.I.J.P.

(Logo AFJP/  
ANSES)

AFILIADO   
 AFIP - ANSES   
 COMISION MEDICA

NRO. DE CUIT		-																									
APPELLIDO	NOMBRES																										
DOC. TIPO	NRO.	FECHA ADMISION		Dia	Mes		Año																				
PROFESSION / ACTIVIDAD																											
DOMICILIO			SUNO	ASDO	SEZION																						
LOCALIDAD	O.P.	PROVINCIA	TEL.																								
FUNCIONARIO INTERVINIENTE																											
<p><i>Apartado 2 de la reglamentación del art.27, Ley N° 24.241 - "Será obligatorio para el trabajador autónomo que se incorpore al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones, presentar una Declaración Jurada de Salud a los fines de determinar si padece alguna incapacidad al momento de su afiliación. Mientras no haya cumplido ese requisito, o si la declaración contiene falsedades o reticencias, la afiliación no producirá efecto alguno a los fines de la obtención del retiro por invalidez o pensión por fallecimiento del afiliado en actividad. Si se estableciera que se encuentra incapacitado en los términos del artículo 48 de la Ley N° 24.241, la afiliación no producirá efectos a los fines de la obtención del retiro por invalidez o pensión por fallecimiento del afiliado en actividad cuando la contingencia se produjera como consecuencia de la patología existente al momento de la afiliación."</i></p>																											
<p><b>"El que suscribe la presente, declara bajo juramento que las respuestas a las preguntas que se consignan a continuación y sus ampliaciones y aclaraciones, han sido completadas teniendo pleno conocimiento de que cualquier ocultamiento, falsedad o reticencia sobre su verdadero estado de salud, determinará que la afiliación no produzca efecto alguno a los fines de la obtención del retiro por invalidez y pensión por fallecimiento de afiliado en actividad."</b></p>																											
<table border="0"> <tr> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> </table>										SI	NO																
SI	NO																										
1- ¿Se siente Ud. en buen estado de salud? <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
2- ¿Tiene Ud. alguna dificultad para el desempeño de sus tareas laborales habituales? <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
3 - ¿Ha sido tratado alguna vez, o está actualmente en tratamiento por las siguientes enfermedades? <table border="0"> <tr> <td>a- Cardiovasculares</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>d- Diabetes (Valor alto en sangre)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>g- Convulsiones</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b- Broncopulmonares (Bronquitis, Alergo)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>e- Enfermedades Malignas</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>h- Mal de Chagas</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c- Hipertensión arterial (Presión alta)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>f- Inmunodeficiencia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>i- Otras</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>										a- Cardiovasculares	<input type="checkbox"/>	d- Diabetes (Valor alto en sangre)	<input type="checkbox"/>	g- Convulsiones	<input type="checkbox"/>	b- Broncopulmonares (Bronquitis, Alergo)	<input type="checkbox"/>	e- Enfermedades Malignas	<input type="checkbox"/>	h- Mal de Chagas	<input type="checkbox"/>	c- Hipertensión arterial (Presión alta)	<input type="checkbox"/>	f- Inmunodeficiencia	<input type="checkbox"/>	i- Otras	<input type="checkbox"/>
a- Cardiovasculares	<input type="checkbox"/>	d- Diabetes (Valor alto en sangre)	<input type="checkbox"/>	g- Convulsiones	<input type="checkbox"/>																						
b- Broncopulmonares (Bronquitis, Alergo)	<input type="checkbox"/>	e- Enfermedades Malignas	<input type="checkbox"/>	h- Mal de Chagas	<input type="checkbox"/>																						
c- Hipertensión arterial (Presión alta)	<input type="checkbox"/>	f- Inmunodeficiencia	<input type="checkbox"/>	i- Otras	<input type="checkbox"/>																						
4- ¿Tiene algún defecto físico o discapacidad? <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
5- ¿Ha sido internado en los últimos 24 meses? <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
6- ¿Se le ha efectuado alguna operación en los últimos 24 meses? <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
7- ¿Toma en forma regular alguna medicación? <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
<p><i>En caso de respuesta afirmativa a las preguntas 2, 3, 4, 5, 6 y 7, o negativa a la 1; aclare a continuación, por qué (diagnóstico), cuándo ocurrió (fechas), dónde (Hospital o Clínica), nombre del Médico que lo atendió, nombre del medicamento y dosis diaria.</i></p>																											

**ACLARACIONES:**

- 1.-
- 2.-
- 3.-
- 4.-
- 5.-
- 6.-
- 7.-

Lugar .....

Fecha ..../..../..

Firma y Aclaración del afiliado

Firma y Aclaración del funcionario Interviniente

**INTERVENCION DE AUDITORIA MEDICA****DICTAMEN****A- Alta sin Examen Médico****FIRMA DEL AUDITOR**

A

**B- Completar correctamente o ampliar la Declaración Jurada**

B

Datos que debe ampliar o completar.

- - - - -
- - - - -
- - - - -

**C- Debe efectuarse Examen Médico**

C

Lugar: .....

Fecha: ..../..../..

Aclaración de Firma del Auditor: .....

**En caso de indicarse COMPLETAR CORRECTAMENTE O AMPLIAR DECLARACION JURADA (B), se señalará con precisión en el espacio correspondiente los puntos que el afiliado debe ampliar o completar a los efectos de una nueva presentación que permita continuar con el trámite. Una vez cumplimentado el mismo, consignar a continuación la nueva intervención de Auditoria Médica. Los plazos se contarán a partir de la nueva fecha de recepción de la declaración jurada debidamente cumplimentada.**

**Si el Dictamen indica Debe efectuarse Examen Médico, el mismo será derivado a la Comisión Médica de la SAFJP que corresponda al domicilio del afiliado.**

**FIRMA DEL AUDITOR**

**A- Alta sin Examen Médico**

**A**

**B- Debe efectuarse Examen Médico**

**B**

Lugar: .....

Fecha: / /

Aclaración de Firma del Auditor: .....

La Declaración Jurada, debe ser llenada de punio y letra por el afiliado. Si no supiera o no pudiera darse a entender por escrito, se solicitará la colaboración de autoridad policial, judicial o escribano público quién deberá suscribir la misma como testigo del acto, a fin de resguardar los derechos de las partes.

**OBSERVACIONES:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Firma y Aclaración del Auditor**

**El ejemplar para el afiliado, se le entregará una vez concluido el trámite, a su pedido.**

## **EXAMEN MEDICO**

(LOGO AFJP / ANSES)

## INFORME DE LA COMISIÓN MEDICA ACTUANTE

1- Hallazgo patológicos o anomalías detectadas:

2- Si la incapacidad detectada es igual o mayor al 56 %, consignar la/s valoraciones que la sustentan:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

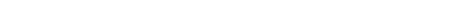
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Firma y aclaración de la Comisión Médica Nº**

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Foljas conteniendo la siguiente documentación:**

**Notificación  
del Afiliado** **Firma:** 

**Aclaración:** La respuesta correcta es la C.

**Lugar y Fecha:** \_\_\_\_\_