



C.P.S.  
LEY 5110

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social  
PROVINCIA DE SANTA FE

# FILIACIÓN DE REPRESENTANTES

DELEGACIÓN \_\_\_\_\_ PENSIÓN \_\_\_\_\_ ART. \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE: 01302- \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Nº INICIACIÓN \_\_\_\_\_

## DATOS DEL BENEFICIARIO

Tel o Celular de contacto: \_\_\_\_\_

APELLIDO Y NOMBRES \_\_\_\_\_

SEXO  
 FEMENINO  
 MASCULINO

DNI-LE-LC-CI \_\_\_\_\_ CUIL \_\_\_\_\_

FECHA NAC \_\_\_\_\_

LUGAR \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL  
 SOLTERO/A  SEPARADO/A  CONCUBINO/A  
 CASADO/A  DIVORCIADO/A  VIUDO/A

CALLE \_\_\_\_\_ DOMICILIO PARTICULAR Nro \_\_\_\_\_ PISO \_\_\_\_\_ DPTO \_\_\_\_\_ LOCALIDAD \_\_\_\_\_

DOMICILIO INTERNACIÓN  PERMANENTE  TRANSITORIO Nro \_\_\_\_\_ LOCALIDAD \_\_\_\_\_  
INSTITUCIÓN \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

## DATOS DEL REPRESENTANTE

Tel o Celular de contacto: \_\_\_\_\_

APELLIDO Y NOMBRES \_\_\_\_\_

SEXO  
 FEMENINO  
 MASCULINO

DNI-LE-LC-CI \_\_\_\_\_ CUIL \_\_\_\_\_

FECHA NAC. \_\_\_\_\_

LUGAR \_\_\_\_\_

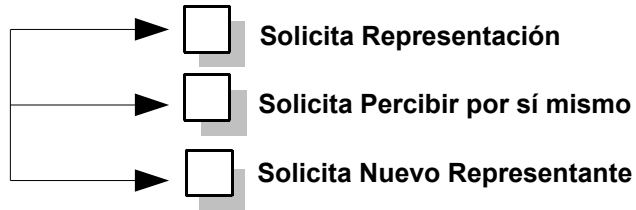
ESTADO CIVIL  
 SOLT.  SEPAR.  CONCUB.  
 CASAD.  DIVORC.  VIUDO/A

DOMICILIO \_\_\_\_\_ LOCALIDAD \_\_\_\_\_

Parentesco con el titular \_\_\_\_\_

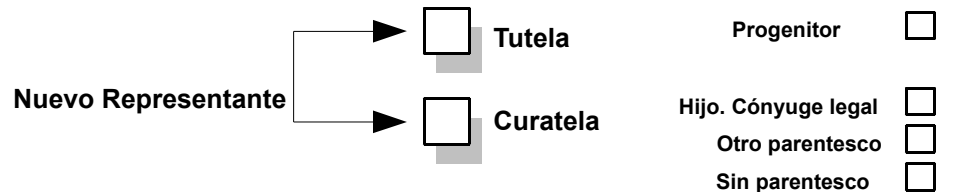
## CARACTERÍSTICAS DEL TRÁMITE DE PERCEPCIÓN DEL BENEFICIO

**BENEFICIARIO PUEDE COBRAR POR SÍ MISMO**



Fotoc. D.N.I. Beneficiario (a fs. \_\_)  Fotoc. D.N.I. Representante. (a fs. \_\_)  Certificado Médico para Art 4to(a fs. \_\_)

**BENEFICIARIO NO PUEDE COBRAR POR SÍ MISMO**



Certificado Médico (a fs. \_\_\_\_ )  Form. Art. 51 del C.P. (a fs. \_\_\_\_ )  
 Fotoc. D.N.I. Representante. (a fs. \_\_)  Nuevo Socioeconómico (a fs. \_\_\_\_ )  
 Trámite de curatela (a fs. \_\_\_\_ )  
 Trámite de tutela (a fs. \_\_ )

Otra Documentación \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_

Firma y Sello del Agente Actuante

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Firma o Impresión Digital del Beneficiario

Firma o Impresión Digital del Representante

FORM. 01-03. Completar con letra imprenta legible o máquina de escribir.