

ANEXO I Resolución N° 3062
FORMULARIO DE ADHESIÓN INDIVIDUAL DE PROFESIONALES
(DECLARACION JURADA DE DATOS)

El que suscribe,
DNI N°, CUIT/CUIL N°
(Persona Jurídica: en mi carácter de:
suficientemente facultado para el presente acto), con domicilio real en
.....ciudad.....Provincia.....

formulo la presente, con carácter de declaración jurada, a fin de informar y/o actualizar los
siguientes datos:

Profesión:
Matrícula Profesional Provincial N°
Matrícula Profesional Nacional N°
Especialidad/es:

Entidad representante:
Código de Facturación:
Domicilio y horario de atención:

(En caso de prestar servicios en varios establecimientos, consignar los domicilios y horarios):

Domicilio de atención:
Horarios de atención:

Presto servicios en forma:

Autónoma..... Relación de dependencia:
Empresa: CUIT N°
Domicilio: Localidad:

Cobertura de seguros:
Compañía: Póliza N° Vigencia:

Declaro que:

a) No me encuentro alcanzado ni la institución que represento, como tampoco ningún miembro del
órgano de administración, por ninguna prohibición ni incompatibilidad legal ni ética para ser
prestador del Instituto de Seguridad Social, Seguros y Préstamos.

b) No me encuentro condenado por delito/s doloso/s, cometidos con motivo o en ocasión del
ejercicio profesional.

c) No me encuentro con procesamiento firme por delitos contra la propiedad, o contra la
Administración Pública Nacional, o contra la fe pública, o por delitos comprendidos en la
Convención Interamericana contra la Corrupción.

d) No soy deudor moroso o evasor de obligaciones tributarias, aduaneras o de la seguridad social.

e) No he sido declarado en quiebra ni me encuentro en concurso preventivo. En caso positivo,
adjuntar autorización judicial.

Asimismo, por el presente me obligo a:

a) Verificar la identidad del afiliado con el documento nacional de identidad y validar la transacción
mediante el uso de la tarjeta de identificación con banda magnética, con toda la diligencia
necesaria, tendiente a evitar el uso indebido de la credencial o credencial digital;

b) Prescribir medicación por su principio activo o monodrogas y prótesis y ortesis por su
descripción genérica. El rechazo de marca comercial deberá estar acompañado de la denuncia de
eventos adversos ante la ANMAT, debidamente tramitado ante este Organismo;

c) Prescribir medicamentos mediante el sistema de receta electrónica y/o cualquier otro
procedimiento *on line* que el InSSSeP autorice en el futuro;

d) Efectuar solicitudes de derivación de afiliados mediante formulario electrónico *on line*, de
acuerdo a la implementación del Sistema de Conectividad. La necesidad de la derivación a centros
asistenciales conveniados de mayor complejidad, por motivos diagnósticos o terapéuticos, deberá
justificarse suficientemente con la acreditación de insuficiencias de recursos en el medio;

e) Cumplir íntegramente las prescripciones de la ley 800-H (antes ley 4044), el convenio
prestacional que me vincula a la Obra Social y el régimen disciplinario vigente. Especialmente, no
cobrar plus, adicional ni cualquier otro concepto que supere el arancel convenido.

Firma: Aclaración:

Teléfono Móvil:.....Teléfono fijo consultorio.....

Correo electrónico:..... (s/ Art.17, Ley 179-A Cód.Proc.Adm.Prov.)