

TITULO : <h2 style="text-align: center;">CERTIFICADO DE SUPERVIVENCIA</h2> <p>Para trámite presencial, conforme instructivo de la DPPyR (exclusivo para IPS)</p>	Código: E-213 Revisión: 1 Confeccionó: G.M. Vigencia: 23/08/16 Página: 1 de 1
--	--

FECHA: de de

DATOS DEL BENEFICIARIO							
1	Apellido/s		Nombres			CUIL	
	Fecha de Nacimiento		DNI <input type="checkbox"/>	Doc Extr <input type="checkbox"/>	Mail	Teléfono Fijo	Teléfono Celular
	Tipo de Beneficio		N° de Beneficio		En caso de pensión: N° de Beneficio del Causante		
	Domicilio real					Localidad	
	Código Postal	Partido		Provincia		País	
	Domicilio constituido (Ley de Procedimiento Administrativo Dto-Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26 y 27)					Localidad	Código Postal

DATOS DEL APODERADO PARA PERCIBIR					
2	Apellido/s		Nombres		CUIL/CUIT
	DNI <input type="checkbox"/>	Doc Extr <input type="checkbox"/>	Mail	Teléfono Fijo	Teléfono Celular
	Domicilio constituido (Ley de Procedimiento Administrativo Dto-Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26 y 27)				Código Postal

Firma del BENEFICIARIO	
3	<p>El beneficiario asume la responsabilidad de acreditar supervivencia de forma regular cada 6 (seis) meses, conforme instructivo publicado en nuestro sitio WEB. La no acreditación de supervivencia, en tiempo y forma, generará automáticamente la suspensión del pago, hasta que regularice dicha situación.</p> <p>Firma: Aclaración: Lugar y Fecha:</p>

4	<p>El Agente de este IPS, que suscribe:</p> <p>CERTIFICA que el beneficiario, cuyos datos se exponen en el cuadro 1, se presentó ante mí, en el día de la fecha y que, luego de acreditar su identidad, puedo dar fe de que VIVE.</p> <p>Asimismo, la firma colocada en el cuadro 3 fue colocada en mi presencia.</p> <p>Firma: Sello: Lugar y Fecha:</p>
---	---

Revisión N°	Fecha	Motivos del Cambio
1	23/08/16	Se creó formulario