



ADMINISTRACION FEDERAL



**DECLARACION JURADA DE SALUD DE TRABAJADORES  
AUTONOMOS QUE SE INCORPORAN AL S.I.P.A.**

**DECRETO N° 300 / 97**



RES.GRAL. AFIP N° 12 / 97 - RES.ANSES - D.E. N° 766 / 97 - RES. SAFJP N° 0428 / 97

**USO EXCLUSIVO ANSES**

|                           |      |  |      |  |  |       |           |     |      |  |     |       |  |     |  |  |
|---------------------------|------|--|------|--|--|-------|-----------|-----|------|--|-----|-------|--|-----|--|--|
| CUIT NRO.                 |      |  |      |  |  |       |           |     |      |  |     |       |  |     |  |  |
| APELLIDO                  |      |  |      |  |  |       |           |     |      |  |     |       |  |     |  |  |
| NOMBRES                   |      |  |      |  |  |       |           |     |      |  |     |       |  |     |  |  |
| DOC.TIPO                  | NRO. |  |      |  |  |       | F. NACIM. | DIA |      |  | MES |       |  | AÑO |  |  |
| PROFESION / ACTIVIDAD     |      |  |      |  |  |       |           |     |      |  |     |       |  |     |  |  |
| DOMICILIO                 |      |  |      |  |  |       |           |     |      |  |     |       |  |     |  |  |
| NUMERO                    |      |  | PISO |  |  | DPTO. |           |     | TEL. |  |     | C. P. |  |     |  |  |
| LOCALIDAD                 |      |  |      |  |  |       |           |     |      |  |     |       |  |     |  |  |
| PROVINCIA                 |      |  |      |  |  |       |           |     |      |  |     |       |  |     |  |  |
| FUNCIONARIO INTERVINIENTE |      |  |      |  |  |       |           |     |      |  |     |       |  |     |  |  |

Apartado 2 de la reglamentación del art. 27, Ley N° 24.241 - « Será obligatorio para el trabajador autónomo que se incorpora 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 estableciere que se encuentra incapacitado en los términos del art. 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».

**« 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 del afiliado en actividad.»**

|                                                                                                     | SI                                                            | NO                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 1 - ¿Se siente Ud. en buen estado de salud?                                                         | <input type="checkbox"/>                                      | <input type="checkbox"/>                   |
| 2 - ¿Tiene? Ud. alguna dificultad para el desempeño de sus tareas laborales habituales?             | <input type="checkbox"/>                                      | <input type="checkbox"/>                   |
| 3 - ¿Ha sido tratado alguna vez, o está actualmente en tratamiento por las siguientes enfermedades? | <input type="checkbox"/>                                      | <input type="checkbox"/>                   |
| a - Cardiovasculares <input type="checkbox"/>                                                       | d - Diabetes (Azúcar alto en sangre) <input type="checkbox"/> | g - Convulsiones <input type="checkbox"/>  |
| b - Broncopulmonares (Bronquitis Asma) <input type="checkbox"/>                                     | e - Enfermedades Malignas (Cancer) <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?                                                    | <input type="checkbox"/>                                      | <input type="checkbox"/>                   |
| 5 - ¿ Ha sido internado en los últimos 24 meses?                                                    | <input type="checkbox"/>                                      | <input type="checkbox"/>                   |
| 6 - ¿ Se le ha efectuado alguna operación en los últimos 24 meses?                                  | <input type="checkbox"/>                                      | <input type="checkbox"/>                   |
| 7 - ¿ Toma en forma regular alguna medicación?                                                      | <input type="checkbox"/>                                      | <input type="checkbox"/>                   |

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), cuando ocurrió ( fechas), donde (Hospital o Clínica) , nombre del Médico que lo atendió, nombre del medicamento y dosis diaria.

ORIGINAL : ANSES - DUPLICADO : AFILIADO

**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**

**FIRMA DEL AUDITOR**

☐ **A - Alta sin Examen Médico**

**A**

☐ **B - Completar correctamente o ampliar la Declaración jurada**

**B**

Datos que debe ampliar o completar

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

☐ **C - Debe efectuarse Examen Médico**

**C**

Lugar ..... Fecha ...../...../.....

Sello 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 Auditoría Médica. Los plazos se contarán a partir de la nueva fecha de recepción de la declaración jurada debidamente cumplimentada.

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

**DICTAMEN**

**FIRMA DEL AUDITOR**

☐

A - Alta sin Examen Médico

A

☐

B - Debe efectuarse Examen Médico

B

Lugar ..... Fecha ...../...../.....

Sello del Auditor .....

La Declaración Jurada, debe ser llenada de puño 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 sello del Auditor

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

EXAMEN MEDICO

**INFORME DE LA COMISION MEDICA ACTUANTE**

**1 - Hallazgos patológicos o anormalidades detectadas** .....

.....

.....

.....

.....

**2 - Si la incapacidad detectada es igual o mayor al 66%. Consignar la/las valoraciones que la sustentan**

.....

.....

.....

.....

.....

**Firma y aclaración de la comisión Médica N°** .....

Lugar ..... Fecha ...../...../.....

se adjuntan .....Fojas conteniendo la siguiente documentación

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Notificación  
del Afiliado**

**Firma** : .....

**Aclaración** : .....

**Lugar y fecha** : .....

**NOTIFICACION**  
**Declaración Jurada de Salud**

**Decreto N° 300/97**

**Res. Gral. AFIP N° 12/97 – Res. ANSES D.E. N° 766/97 – Res. SAFJP N° 0428/97**

**1.- SR. TRABAJADOR AUTÓNOMO**

Por aplicación de lo establecido por el Art. 6° del Decreto del Poder Ejecutivo Nacional N° 300/97, por las restantes normas concordantes del citado Decreto y por las Resoluciones mencionadas, esta Administración Federal le notifica en forma fehaciente que, para su incorporación al Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA), será obligatoria la presentación de una declaración jurada de salud ante la Administración Nacional de Seguridad Social (ANSeS), ello a los fines de determinar si padece alguna incapacidad al momento de su afiliación.

Asimismo se le indica que, mientras no cumpla con ese requisito, o si la declaración contuviese falsedades o reticencias, la afiliación no producirá efecto alguno a los fines de la obtención del retiro por invalidez o pensión por muerte del afiliado en actividad.

Por último se le hace saber que, si se estableciere que se encuentra incapacitado en los términos del Art. 48 de la Ley 24.241, la afiliación no producirá efecto alguno a los fines de la obtención del retiro por invalidez o pensión por muerte del afiliado en actividad, cuando la contingencia se produjera como consecuencia de la patología existente al momento de la afiliación.

DEBERAN PRESENTAR LA DECLARACIÓN JURADA DE SALUD (por aplicación del artículo 5°):

- a) Los trabajadores autónomos que ingresen al Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA) a partir de la entrada en vigor del Decreto 300/97.
- b) Los trabajadores autónomos que hayan dejado de cotizar por un periodo superior a DOCE(12) meses.
- c) Los trabajadores autónomos que hubieren solicitado su baja, al momento de su reinscripción.
- d) Los afiliados en relación de dependencia comprendidos en el SIPA que se incorporan como trabajadores autónomos, si al momento de solicitar su inscripción hubiere transcurrido un plazo superior a DOCE (12) meses- desde su cese como trabajador dependiente.

**RECUERDE**

**El Trabajador Autónomo deberá presentar su Declaración Jurada de Salud ante la ANSeS, (por aplicación artículo 4°).**

**El Ente receptor de la Declaración Jurada de Salud será responsable de su evaluación, pudiendo solicitar informes complementarios o ampliatorios e inclusive disponer el examen médico del trabajador, debiendo notificar al afiliado la medida adoptada dentro de los veinte (20) días corridos desde su presentación, cumplido el cual se entenderá que ha sido admitido sin objeciones. El dictamen correspondiente a pedidos de informes complementarios será notificado dentro del mismo plazo, contado**

desde la recepción de la documentación requerida, entendiéndose también que el afiliado ha sido admitido sin objeciones si no media notificación fehaciente en sentido opuesto una vez vencido dicho término.

## 2.- SRA. AMA DE CASA - LEY N° 24.828

Las amas de casa comprendidas en las disposiciones de la Ley N° 24.828 deberán cumplimentar las normas citadas en el punto 1 de la presente.

Queda Ud. debidamente notificado/a

Lugar y fecha .....

.....  
Firma y Aclaración  
Jefatura interviniente



ADMINISTRACION FEDERAL

### **USO AFIP**

Retirá este talón  
debidamente firmado por el  
Afiliado y lo adjuntará al  
formulario de inscripción

Dejo constancia que he sido notificada/o en el día de la fecha respecto de la obligación de presentar la Declaración Jurada de Salud, dispuesta por el Decreto PEN N° 300/97, motivo por el cual he recibido dos (2) ejemplares del citado formulario.

Lugar y fecha, .....

.....  
Firma y aclaración

CUIT ..... - ..... - .....