

**ANEXO**

**DESLINDE DE RESPONSABILIDAD**

El Sr/a ....., MI  
Nº....., en el Expediente Nº..... DESLINDA DE  
RESPONSABILIDAD A ESTA CAJA DE JUBILACIONES Y PENSIONES por la baja en su  
recibo de haberes del Código 0707 (I.O.S.P.E.R.), con fundamento en las siguientes  
consideraciones:

1°.- Declara bajo juramento que HA SIDO RECHAZADA SU AFILIACIÓN AL INSTITUTO DE  
LA OBRA SOCIAL DE LA PROVINCIA DE ENTRE RÍOS (I.O.S.P.E.R.), acompañando la  
constancia documental fehaciente de esta situación.-----  
-----

2°.- El presente DESLINDE DE RESPONSABILIDAD se suscribe bajo la exclusiva  
pretensión del/la actor/a, manifestando que arbitrará todos los medios para acceder al  
Sistema de Salud con otra Obra Social o a través de una Empresa de Medicina Prepaga.-----  
-----

3°.-En caso de ser consumidor/a del servicio de Medicina Prepaga, tratándose ésta de una  
Empresa Comercial, el actor/a desvincula a este Ente Previsional de las distintas situaciones  
que pueda atravesar esa Entidad con fines de lucro (cesación de pagos, quiebra, etc),  
debiendo hacerse cargo de una nueva afiliación a otra Institución en caso de dificultades  
económicas.-----

4°.-Si el actor/a requiere que se le descuente por recibo de haberes un Código de una Obra  
Social con la que esta Caja de Jubilaciones y Pensiones no tiene convenio, deberá realizar  
las gestiones para la firma entre las Instituciones, realizando las presentaciones pertinentes  
en la Obra Social seleccionada y luego en este Ente de Previsión Provincial para la emisión  
de la Resolución.-----

Firmado en Paraná, a los ..... días del mes de.....del  
año.....-

FIRMA Y ACLARACION