



## INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL Dirección de Aporte Obrero Patronal

### DECLARACIÓN JURADA PARA CAMBIO DE TIPO DE ASEGURADO COTIZANTE

R.U.C.

N° Patronal

Razón Social/Propietario

Dirección

Localidad

Teléfono

Correo: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Nro. Expediente M. Justicia y Trabajo

### Nómina de empleados cuyos Tipos de Seguro serán cambiados

Nombre(s) y Apellido(s)	C.I.N°	Nuevo Tipo de Seguro
1 _____	_____	_____
2 _____	_____	_____
3 _____	_____	_____
4 _____	_____	_____
5 _____	_____	_____
6 _____	_____	_____

Por la presente, declaro bajo Fe de Juramento que toda información suministrada precedentemente, sea justa a la verdad, es correcta y completa. La misma tiene carácter de Declaración Jurada, por lo que, de ser falsa, tengo conocimiento y asumo las consecuencias legales que ello implica. (Art. 243 del Código Penal Paraguayo, pena privativa de libertad de hasta 5 años). El Instituto de Previsión Social podrá verificar la veracidad de la información suministrada cuando lo considere necesario.

Firma y Sell del Empleador/a Representante Legal

### Conformidad de los/las Asegurados/as

**Manifiesto/Manifestamos mi/nuestra conformidad con el cambio de Tipo de Seguro solicitado por mi/nuestro Empleador. Reconozco/Reconocemos que tal cambio afectará la cuantía de mi/nuestros salarios y por lo tanto mi/nuestro aporte/sante al Instituto de Previsión Social. Asumo/asumimos las consecuencias que este cambio tendrá en las prestaciones de atención médica y Jubilaciones que el IPS me/nos otorga.**

Firma del Empleado  
C.I.N°

Firma del Empleado  
C.I.N°

Firma del Empleado  
C.I.N°

Firma del Empleado  
C.I.N°

Firma del Empleado  
C.I.N°

Firma del Empleado  
C.I.N°

Fecha de Recepción: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_