



INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

DJN°
DIRECCION DE APORTE OBRERO PATRONAL

FORMULARIO DE DECLARACION JURADA PARA ACTUALIZACION E INSCRIPCION DE DATOS DEL BENEFICIARIO PADRE O MADRE

A- DATOS PERSONALES DEL COTIZANTE

Form with fields: C.I.N°, NOMBRES, APELLIDOS, FECHA DE NACIMIENTO, NACIONALIDAD, ESTADO CIVIL, DIRECCION ACTUAL, TELEFONO, DOCUMENTO, SEXO, CORREO ELECTRONICO. Includes note: *TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS

B- DATOS DEL O LOS BENEFICIARIOS

Table with 5 columns: Tipo Benef., Nombre y Apellido, Sexo, C.I.N°, Fec. Nac.

Declaro bajo Fe de Juramento, que mi beneficiario padre o madre, no se encuentra incluido dentro de las excepciones establecidas en el ART. 2 último párrafo de la Ley N° 98/92. No tienen ningún ingreso económico o que teniéndolo es inferior a 2 (dos) salarios mínimos legales para actividades diversas no especificadas en la Capital. En caso que el ingreso llegare a ser superior al monto establecido, lo comunicaré inmediatamente al Instituto de Previsión Social.

Declaro bajo Fe de Juramento que toda la información suministrada más arriba, se ajusta a la verdad, es correcta y completa.

Declaro que mi beneficiario ascendiente, se encuentra bajo mi protección y vive conmigo conforme a los certificados de vida y residencia que adjunto a la presente, por lo que asumo y tengo conocimiento de las consecuencias legales que implican la presente Declaración (Art.243 Código Penal Paraguayo.- Declaración falsa: "1°. El que presentara una declaración jurada falsa ante un ente facultado para recibirla o invocando tal declaración, formulara una declaración falsa, será castigado con pena privativa de libertad de hasta cinco años"

Tengo conocimiento que el IPS podrá excluir de oficio a mi beneficiario en caso que esta declaración resultare falsa.

Por el Presente documento, me comprometo a requerimiento de la Dirección de Aporte Obrero Patronal y / o Auditoría Interna del Instituto de Previsión Social a presentar toda la documentación original necesaria para demostrar la veracidad y legalidad de los datos aquí declarados.

Por el presente documento, autorizo al IPS a solicitar el descuento sobre mi salario, por el monto del costo en que la Institución haya incurrido por mi beneficiario, que derive de la declaración errónea o fraudulenta de los datos suscriptos en este documento.

Firma del Asegurado Cotizante

El Departamento de Servicios y el Departamento Agencias del Interior, dependiente de la Dirección de Aporte Obrero Patronal ha observado todos los datos consignados por el asegurado titular, verificando la veracidad de los mismos

Firma del Usuario Verificador