

# Instructivo

## Impresión de formularios para Opción de Cambio

### 1- IMPRIMIR FORMULARIO VACÍO.

The screenshot displays a web interface for printing a form. On the left, a print dialog box is open, showing options for destination (HP Color LaserJet CP35...), pages (p. ej. 1-5, 8, 11-13), copies (1), color (Blanco y negro), margins (Predeterminado), and configuration (Encabezado y pie de página, Doble cara). The 'Imprimir' button is circled in red. The main area shows a blank form titled 'Superintendencia de Servicios de Salud' with the following sections:

- DATOS DEL TITULAR:** C.U.I.L., C.U.I.L. del empleador, Cód. Prov. (\*), Apellido/s, Nombre/s, Teléfono: particular (\*), Laboral (\*), Celular (\*), E-mail, Calle o paraje rural, Nº, Piso, Dpto., C.P., Localidad, Provincia.
- OBRA SOCIAL ACTUAL A LA QUE REALIZA APORTES:** Código (\*) y sigla, Denominación.
- OBRA SOCIAL ELEGIDA:** Código (\*) y sigla, Denominación.
- SECCIONES DE FIRMA:** FIRMA Y ACLARACIÓN DEL TITULAR/REPRESENTANTE, CERTIFICACIÓN DE FIRMA ART. 7º RESOLUCIÓN 9999/SSSALUD, EMPLEADO OBRA SOCIAL FIRMA, ACLARACIÓN, DNI Y SELLO INSTITUCIONAL, AUTORIDAD OBRA SOCIAL | FIRMA Y SELLO ART. 7º RESOLUCIÓN 9999/SSSALUD.

At the bottom of the form, there are fields for 'FECHA' and a disclaimer: 'Sujeto a verificación de datos. Esta opción tendrá vigencia a partir del primer día del tercer mes posterior a la presentación de la solicitud. El presente formulario deberá replicarse al Agente del Seguro de Salud dentro de los 3 (tres) días corridos desde la fecha de certificación de la firma del operario por la autoridad competente, a efectos de hacer efectiva la opción de cambio. En caso contrario, la opción del formulario será rechazada. El presente formulario recibe el carácter de declaración jurada, debiendo ser completado sin falsificar ningún dato, sujeta a las sanciones previstas en los artículos 172,20 y 203 del Código Penal por delito de falsificación de documentos. Leales instrucciones al otro.' A red circle with the number '1' is placed in the top right corner of the form area.

En el margen superior derecho se podrá observar la cantidad de formularios requeridos.

En el margen inferior izquierdo del formulario, en posición vertical, se podrá leer el tipo de formulario (ORIGINAL/DUPLICADO/TRIPLICADO).

Luego de verificar la correcta conexión y suministros de la impresora, se presionará el botón IMPRIMIR en el margen superior izquierdo.

## 2- COMPLETAR FORMULARIO.

Se deberán ingresar, por TECLADO, los datos en el formulario.

Ministerio de Salud  
Presidencia de la Nación

SUPERINTENDENCIA  
DE SERVICIOS DE SALUD

Sistema nacional del Seguro de Salud  
LIBRE ELECCIÓN DE OBRA SOCIAL  
FECHA 2013-11-22

N° XXXXXXXX  
DISTRIBUCIÓN GRATUITA  
(\*) Reservado Obra Social

**DATOS DEL TITULAR**

C.U.I.L. [ ] - [ ] - [ ] - [ ] - [ ] - [ ] - [ ] - [ ] C.U.I.L. del empleador [ ] - [ ] - [ ] - [ ] - [ ] - [ ] - [ ] - [ ] Cód.Prov.(\*) [ ] [ ]

Apellido/s [ ] Nombre/s [ ]

Teléfono: particular ( [ ] ) - [ ] - [ ] Laboral ( [ ] ) - [ ] - [ ] Celular ( [ ] ) - [ ] - [ ] e-mail [ ]

Calle o paraje rural [ ] N° [ ] Piso [ ] Dpto. [ ] C.P. [ ]

Localidad [ ] Provincia [ ]

**OBRA SOCIAL ACTUAL A LA QUE REALIZA APORTES**

Código (\*) y sigla [ ] Denominación [ ]

**OBRA SOCIAL ELEGIDA**

Código (\*) y sigla [ ] Denominación [ ]

<b>FIRMA Y ACLARACIÓN DEL TITULAR REPRESENTANTE</b> FECHA / /	<b>CERTIFICACIÓN DE FIRMA ART. 1° RESOLUCIÓN 900/09 SSSALUD</b> FECHA / /	<b>EMPLEADO OBRA SOCIAL FIRMA, ACLARACIÓN, DNI Y SELLO INSTITUCIONAL</b> DELEGACIÓN FECHA / /	<b>AUTORIDAD OBRA SOCIAL FIRMA Y SELLO ART. 1° RESOLUCIÓN 900/09 SSSALUD</b> FECHA / /
--	--	---	---

Sujeto a verificación de datos. Esta opción tendrá vigencia a partir del primer día del tercer mes posterior a la presentación de la solicitud.  
El presente formulario deberá restituirse al Agente del Seguro de Salud dentro de los 3 (tres) días contados desde la fecha de certificación de la firma del operante por la autoridad competente, a efectos de hacer efectiva la opción de cambio. En caso contrario, la recepción del formulario será rechazada.  
El presente formulario reviste el carácter de declaración jurada, debiendo ser completado sin falsear ningún dato, sujeta a los infractores a las penalidades previstas en los artículos 172,292 y 293 del Código Penal por delito de estafa y falsificación de documentos. Lea las instrucciones al dorso.

ORIGINAL | Superintendencia de Servicios de Salud

VOLVER | IMPRIMIR FORMULARIO

Posteriormente, se seleccionará el botón de **IMPRIMIR FORMULARIO** que aparece en la parte inferior de la pantalla.

Si desea Cancelar El Formulario antes de imprimir, deberá presionar el botón **VOLVER** que lo llevará a la pantalla inicial.

### 3- FORMULARIOS GUARDADOS.

Se podrán ver y/o reimprimir los formularios que ya han sido impresos

ID	Fecha	Apellido	Nombres	Denominación actual	Denominación elegida	RNOS Actual	RNOS Elegida	Opciones
14000060	22/11/13							RE IMPRIMIR
14000059	22/11/13							RE IMPRIMIR
14000058	22/11/13							RE IMPRIMIR
14000057	22/11/13							RE IMPRIMIR

[VOLVER](#)

En todos los casos la impresión consta de cinco (5) páginas: tres (3) formularios con los mismos datos a completar y dos (2) hojas con información sobre el trámite de Opción de cambio.

Todas las impresiones tendrán un único número identificador del trámite de 8 (ocho) dígitos en la parte superior derecha.

Sistema nacional del Seguro de Salud  
LIBRE ELECCIÓN DE OBRA SOCIAL  
FECHA 2013-11-22

**N° 14000071**  
DISTRIBUCIÓN GRATUITA  
(\*) Reservado Obra Social

-  Cód.Prov.(\*)

✉

Celular (  ) -

# SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD



Las hojas a completar se identifican por la inscripción vertical en el margen inferior izquierdo: ORIGINAL| Superintendencia de Servicios de Salud – Duplicado |Beneficiario y Triplicado| Obra Social receptora; y en las dos informativas por la inscripción horizontal en el margen inferior izquierdo y el color de la impresión: Verde ORIGINAL:

Para la Superintendencia y Azul DUPLICADO: Para el Beneficiario.

OBRA SOCIAL  
Código (\*)  
OBRA SOCIAL  
Código (\*)  
FIRMA Y ACL DEL TITULAR  
FECHA /  
Sujeto a ver en presente formulario, la recepción de documentos.

OBRA SOCIAL  
Código (\*)  
OBRA SOCIAL  
Código (\*)  
FIRMA Y ACL DEL TITULAR  
FECHA /  
Sujeto a ver en presente formulario, la recepción de documentos.

OBRA SOCIAL  
Código (\*)  
OBRA SOCIAL  
Código (\*)  
FIRMA Y ACL DEL TITULAR  
FECHA /  
Sujeto a ver en presente formulario, la recepción de documentos.

ORIGINAL: Para la Superintendencia

DUPLICADO: Para el Beneficiario

El circuito Administrativo y Legal de OPCIÓN DE CAMBIO, RÉGIMEN GENERAL, mantiene las mismas condiciones y modalidades que antecedieron a la actual.