

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 is a table with columns for 'FECHA' and 'DELEGACIÓN'. A red box labeled 'ORIGINAL' is on the left side of the form. A small red circle with the number '1' is 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/TRIPPLICADO).

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 []

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

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