



**SUPERINTENDENCIA  
DE SERVICIOS DE SALUD**



Fecha / /

# Departamento Control de Opciones

## REF: SOLICITUD DE CONTINUIDAD EN LA OBRA SOCIAL ELEGIDA

De mi consideración:

Por medio de la presente me dirijo a ustedes a los efectos de solicitar se respete mi opción de cambio de Obra Social.

La situación es la siguiente: En el año \_\_\_\_\_ me encontraba trabajando en la empresa \_\_\_\_\_ y recibía los beneficios de la Obra Social \_\_\_\_\_ (1).

Realicé la opción de cambio el mes de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_ a la Obra Social \_\_\_\_\_ (1).

El día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_ corté la relación laboral.

Estuve \_\_\_\_\_ meses desempleado, hasta el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_ en que comencé a trabajar en \_\_\_\_\_, donde mis aportes son declarados a la Obra Social \_\_\_\_\_ (1), pero son derivados por el organismo pertinente a la Obra Social \_\_\_\_\_ (1), que fuera elegida por mí oportunamente, según lo descrito en esta nota.

Por lo expuesto, solicito a ese Organismo que se respete mi libre opción de cambio de Obra Social y se articulen todos los medios necesarios para lograr mi continuidad en la Obra Social \_\_\_\_\_ (1), de acuerdo con el Decreto 1400/01 PEN.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL BENEFICIARIO TITULAR

Nombre/s y Apellido/s \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_

Teléfono (0 \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

**Adjunto copia imprescindible para dar curso al presente pedido de:**

D.N.I. 1º y 2º hoja, y si correspondiere, hoja con actualización.

Certificación laboral con los siguientes datos como mínimo: nombre y apellido, número de CUIL, denominación de la Obra Social que le corresponde por la actividad, fecha de ingreso.

(ver modelo en: <http://www.sssalud.gov.ar/beneficiarios/archivos/CertificacionLaboral.pdf>)

(1) La denominación de las obras sociales citadas se debe transcribir en forma completa (no siglas) para evitar posibles errores.