



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA RECONSTRUCCIÓN DE LA NACIÓN ARGENTINA

Informe

Número:

Referencia: Anexo V - EX-2025-25577168- -APN-GDYAISS#SSS

ANEXO V

MODELO DE NOTA PARA NOTIFICACIÓN DE BAJA DE BENEFICIARIO

....., de de 202_

Al Sr. SUPERINTENDENTE de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD
S / D

De mi mayor consideración:

El Sr./Sra., como responsable de la **OBRA SOCIAL**
....., se dirige a Ud. a fin de notificar la **BAJA DE BENEFICIARIO** en
el marco del Programa, según se
detalla a continuación:

- **Nombre y Apellido del Beneficiario:**
- **Número de Afiliado:**
- **CUIL:**

Motivo de la Baja: (*marcar o indicar el que corresponda*)

- Fallecimiento
- Cambio de Obra Social

En caso de Fallecimiento:

- Fecha del fallecimiento: ____ / ____ / ____
- Se adjunta copia del certificado de defunción y documentación respaldatoria correspondiente.

En caso de Cambio de Obra Social:

- Nueva Obra Social de destino:
- Fecha efectiva del cambio: ____ / ____ / _____
- Se adjunta constancia de opción emitida por ANSES u organismo competente y copia del DNI.

Por lo expuesto, solicitamos se registre la baja correspondiente en vuestro sistema, manteniendo actualizados los padrones de beneficiarios conforme la normativa vigente.

Los datos enunciados precedentemente son ciertos y conllevan el carácter de **Declaración Jurada**, quedando expresamente notificado que su falseamiento será pasible de las acciones administrativas y penales que correspondan.

Sin otro particular, y a la espera de una respuesta favorable,
Saludamos a Ud. atentamente.

(Firma)

.....

Nombre y Apellido del Responsable Legal

Cargo:

OBRA SOCIAL

Sello de la Entidad