



SAN SALVADOR DE JUJUY, ...../...../ 20.....-

Nota Solicitud de, (Marque con una x):

- 1- ALTA.....; CONTINUIDAD.....;
- 2- BAJA TOTAL...; BAJA PARCIAL CONYUGE...; BAJA PARCIALGRUPO FLIAR. ....  
(CONSIGNAR FECHA VIGENCIA DE BAJA: ...../...../.....).-

A la Señora

PRESIDENTE DE LA CAPSAP

**Dra. MARIA DEL HUERTO GAMARRA DE VARGAS DURAN**

Su Despacho:

El/La que suscribe .....MP.....DNI....., tiene el agrado de dirigirse a Usted y por su digno intermedio ante quien corresponda, a efectos de solicitar proceda al tramite ndicado mas arriba, correspondiente al Servicio de Salud, a través de la CAPSAP.

Cabe mencionar que conozco y acepto las disposiciones que rigen este beneficio Según Resolucion 74/2020 y Resolucion 160/2020, optando por este medio a la **Prepaga: ISJ.....; SMG.....;SAN COR SALUD.....; OSDE....., BRAMED.....**, una vez cumplimentado los trámites de rigor ante la Institución que Usted tan dignamente preside.

En relación al tramite solicitado adjunto documentación: SI.....NO.....

Atentamente.-

.....  
Firma

.....  
Aclaracion