

## ANEXO II: DECLARACIÓN JURADA ANUAL

<p><b>SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD</b></p> <p>DECLARACIÓN JURADA ANUAL – AÑO 20__ (Anexo II – Resolución SSSALUD Nº1769/2014) MATRICULA ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGA</p>	<p>Sello y Firma SSSALUD</p>
---	------------------------------

ORIGINAL <input type="checkbox"/> RECTIFICATIVA <input type="checkbox"/>
--

C.U.I.T. : \_\_\_\_\_ R.N.E.M.P. : \_\_\_\_\_

RAZÓN SOCIAL: \_\_\_\_\_

DOMICILIO LEGAL: \_\_\_\_\_

DETALLE DE PAGO

PERIODO	INGRESOS	ALICUOTA APLICADA (%)	MATRICULA DEVENGADA	MATRICULA PAGADA	DIFERENCIA (*)
ENERO					
FEBRERO					
MARZO					
ABRIL					
MAYO					
JUNIO					
JULIO					
AGOSTO					
SEPTIEMBRE					
OCTUBRE					
NOVIEMBRE					
DICIEMBRE					
<b>TOTALES</b>					

(\*) Deberá ser rectificada en Declaración Jurada Mensual correspondiente.

EL QUE SUSCRIBE, \_\_\_\_\_, DNI \_\_\_\_\_ EN SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, AFIRMA QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN ESTE FORMULARIO SON CORRECTOS Y COMPLETOS, Y QUE SE HA CONFECCIONADO SIN OMITIR NI FALSEAR DATO ALGUNO QUE DEBA CONTENER, SIENDO FIEL EXPRESIÓN DE LA VERDAD.

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_ Firma y Sello \_\_\_\_\_

FIRMADO A EFECTOS DE SU IDENTIFICACIÓN CON MI CERTIFICACIÓN CONTABLE DE FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, LA CUAL SE EXTIENDE EN DOCUMENTO APARTE

Firma y Sello de Contador Público \_\_\_\_\_