

**AGREGADO II – VALOR DE LA CUOTA**  
**(Menor o con capacidad restringida)**

Por la presente se informa al Sr./Sra: .....,  
DNI N°: ....., que de acuerdo al rango etario y evaluación médica del  
riesgo realizada por la Autoridad Prestacional, según Resolución N° 107-D/19, la cuota  
mensual determinada para su ingreso al Régimen de Afiliación Plan 2022 es de  
\$. (Pesos),  
la cual estará sujeta a reajustes que la Obra Social disponga a futuro.

Firma: .....

Aclaración: .....

DNI: .....