



CPSPS

Caja de Previsión Social para Profesionales
de la Salud de la Provincia de Córdoba

📍 27 de Abril 772 - Córdoba
☎ 351 850-1234
✉ info@cpsps.org.ar
🌐 www.cajasalud.com.ar

SOLICITUD DE SUBSIDIO POR ENFERMEDAD

Afiliado/a N°

DATOS PERSONALES:

Apellido:

Nombres:

Estado Civil:

Nro. D.N.I.:

Fecha de Nacimiento:

Profesión:

C.U.I.L. Nro.:

DOMICILIO PARTICULAR:

Calle:

Número:

Barrio:

Localidad:

Código Postal:

Teléfono fijo:

Celular:

Correo electrónico:

DOMICILIO PARA NOTIFICACIÓN DE RESOLUCIÓN:

Calle:

Número:

Barrio:

Localidad:

Código Postal:

DATOS FAMILIARES:

Apellido y Nombre del Cónyuge o Conviviente:

Fecha de Casamiento
o inicio de convivencia:

D.N.I. Nro.:

Nombres de los hijos/as menores de edad o mayores incapacitados:

Fecha de Nacimiento:

A Cargo:

Inválido:

Me notifico que toda resolución, emplazamiento, intimación o comunicación me será notificada electrónicamente a mi cuenta de usuario CiDi (domicilio administrativo electrónico constituido ante esta Caja) conforme lo dispuesto por Ley 10.618 de Simplificación y Modernización de la Administración, Ley de Procedimiento Administrativo y R.G. N° 582/2024.

Fecha cierta de presentación

FIRMA DEL SOLICITANTE



CPSPS

Caja de Previsión Social para Profesionales
de la Salud de la Provincia de Córdoba

📍 27 de Abril 772 - Córdoba
☎ 351 850-1234
✉ info@cpsps.org.ar
🌐 www.cajasalud.com.ar

CERTIFICADO MÉDICO

El médico que suscribe (Apellido y Nombre)

M.P. N°:....., especialista en..... M.E.N°

con domicilio en Teléfono N°:.....

CERTIFICA haber examinado al Sr./ Sra.....

de..... años de edad, fecha de Nacimiento:....., D.N.I. N°.....

de profesión....., Especialidad..... con domicilio en

calle....., N°, Localidad.....

Povincia....., C.P. Quien padece de.....

.....

.....

.....

.....

Institución donde fue asistido/a:.....

Bajo Historia Clínica N°a partir de fecha.....

Exámenes complementarios en que fundamenta el Diagnóstico:.....

.....

.....

.....

.....

Pronóstico.....

Tratamientos aconsejados:

Tiempo de recuperación laboral estimada.....

Porcentaje de incapacidad laboral actual Física/ Psíquica (Números:% Letras:.....%).

Calificación de la Incapacidad: - TRANSITORIA: SI/NO - PERMANENTE: SI/NO - DEFINITIVA: SI/NO

Desde que fecha considera el inicio de la enfermedad incapacitante

Observaciones: (Breve fundamento de lo certificado)

.....

.....

.....

.....

.....

Para ser presentado ante las autoridades de la Caja de Previsión Social para Profesionales de la Salud de la Provincia de Córdoba. -

Lugar y Fecha

Firma

Deberá ser llenado de puño y letra por el Profesional Médico de cabecera, con letra clara sin enmiendas, evitando siglas y/o códigos y a título de declaración jurada.



CPSPS

Caja de Previsión Social para Profesionales
de la Salud de la Provincia de Córdoba

27 de Abril 772 - Córdoba
351 850-1234
info@cpsps.org.ar
www.cajasalud.com.ar

CÓRDOBA,de

NOTIFICACIÓN DE SUBSIDIO POR ENFERMEDAD

- ♦ ME NOTIFICO QUE LA PRESENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN PARA LA SOLICITUD DE UN BENEFICIO NO IMPLICA EN MODO ALGUNO LA SEGURIDAD DE QUE ESE BENEFICIO SEA OTORGADO SINO QUE SE INICIA EL TRAMITE CORRESPONDIENTE AL ESTUDIO DEL LEGAJO PARA LA VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE TODAS LAS CONDICIONES QUE DEBE ACREDITAR EL AFILIADO CONFORME A LA REGLAMENTACIÓN APLICABLE A FIN DE RESOLVER EL PEDIDO PRESENTADO SEGÚN CORRESPONDA OTORGAR O NO EL BENEFICIO SOLICITADO.
- ♦ ME NOTIFICO QUE PARA TENER DERECHO A GOZAR DEL SUBSIDIO POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE DEBO:
 - CONTAR CON UN AÑO DE AFILIACION O REAFILIACION CUMPLIDOS A LA FECHA EN QUE SE PRODUZCA EL HECHO INCAPACITANTE.
 - ACREDITAR UNA INCAPACIDAD INVALIDANTE PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN (EL MÍNIMO ES EL 66% DE LA T.O.) Y POR UN TIEMPO MÍNIMO DE NOVENTA (90) DÍAS CONTADOS DESDE LA FECHA EN QUE SE PRESENTE LA SOLICITUD DEL BENEFICIO EN LA CAJA.
 - LA INCAPACIDAD, COMO SU VALORACIÓN EN PORCENTAJE Y EL TIEMPO ESTIMADO DE RECUPERACIÓN DEBERÁN SER ESTIMADOS Y CERTIFICADOS POR EL MEDICO TRATANTE EN EL FORMULARIO DE CERTIFICADO MEDICO QUE LA CAJA PROVEE A ESE EFECTO.
- ♦ ME NOTIFICO QUE PARA TENER DERECHO A GOZAR DEL BENEFICIO DEL SUBSIDIO POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE DEBERÁ ESTAR AL DÍA EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRAÍDAS POR CUALQUIER TITULO PARA CON LA CAJA CONFORME A LO DISPUESTO POR EL ART. 79 DE LA LEY 8577 (ESTO INCLUYE APORTES, PLANES DE PAGO).
- ♦ ME NOTIFICO QUE TODA RESOLUCIÓN, EMPLAZAMIENTO, INTIMACIÓN O COMUNICACIÓN ME SERÁ NOTIFICADA ELECTRÓNICAMENTE A MI CUENTA DE USUARIO CIDI (DOMICILIO ADMINISTRATIVO ELECTRÓNICO CONSTITUIDO ANTE ESTA CAJA) CONFORME LO DISPUESTO POR LEY 10.618 DE SIMPLIFICACIÓN Y MODERNIZACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN, LEY DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y R.G. N° 582/2024.

LEÍDO POR EL/LA SOLICITANTE FIRMA IMPUESTO DEL CONTENIDO DE LAS NOTIFICACIONES PRECEDENTES:

.....

FIRMA

.....

ACLARACIÓN

.....

T/N° DOCUMENTO