

SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TRANSITORIA

REQUISITOS BÁSICOS:

1. Presentar la solicitud de subsidio.
2. Presentar certificado de reposo en formato de Coomecipar. Este deberá ser llenado íntegro y correctamente, sin enmiendas ni correcciones, y cuyo contenido deberá estar avalado por el Médico Tratante a través de su firma y sello o aclaración de firma, con número de registro profesional.
3. Presentar constancia de internación en formato de Coomecipar o expedida por el Sanatorio u Hospital (debe ser llenado por un responsable de la institución, no así por el médico tratante); o en su defecto presentar la factura legal acompañada del extracto o resumen de cuenta correspondiente. En todos los casos se debe constar la fecha, hora de internación y de alta.
4. Cédula de identidad del solicitante.
5. Contar con un mínimo de 1 (un) año de antigüedad como socio.
6. No tener mora mayor a 60 (sesenta) días en cualquiera de los compromisos con la cooperativa, en el momento de ocurrido el hecho.
7. Plazo de presentación de la solicitud 90 (noventa) días a partir de la fecha de ocurrido el hecho.
8. Una vez aprobada la solicitud, el importe de subsidio le será acreditado en su caja de ahorro a la vista, y a esa fecha debe estar al día con todos sus compromisos con la Cooperativa, caso contrario le será descontado del importe del subsidio.

OBSERVACIONES:

- No se aceptarán correcciones ni enmiendas en las documentaciones.
- Todos los documentos que presente deben de ser **ORIGINALES** o **COPIAS AUTENTICADAS**.



PROPUESTA N°: _____
SOLICITUD N°: _____
FECHA: _____
FIRMA: _____
ACLARACIÓN: _____

SERVICIO DE SOLIDARIDAD

SOLICITUD DE SUBSIDIO

Incap. Transitoria ☐ Incap. Permanente ☐ Internación de Socio/a ☐ Maternidad ☐ Patologías del Embarazo ☐

1- DATOS DEL/LA BENEFICIARIO/A:

Socio/a N°: _____ Nombre/s y Apellido/s: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____ Estado Civil: _____ C.I.P N°: _____

Profesión: _____ Especialidad: _____

Lugar/es de trabajo/s

1. _____ Tel/s.: _____

2. _____ Tel/s.: _____

Domicilio particular: _____ Localidad: _____

Tel.Part.: _____ Celular N°: _____ Email: _____

Diagnóstico/s: _____

Tiempo de inactividad ____ / ____ / ____ hasta ____ / ____ / ____

Médico tratante: _____ Registro Profesional N°: _____

2- EN CASO DE QUE EL SOLICITANTE NO FUERA EL BENEFICIARIO, COMPLETAR EL SIGUIENTE ÍTEM

(REGLAMENTO DE SOLIDARIDAD – ARTICULO 10: Los subsidios serán otorgados a solicitud del beneficiario y en caso de que el mismo se encuentre imposibilitado de firmar la solicitud, podrá hacerlo un tercero, debidamente habilitado, quien deberá identificarse con su Cédula de Identidad, cuya copia se adjuntará a la solicitud y presentar la cédula de identidad original del beneficiario.)

Nombre y Apellido/s: _____ C.I.P. N°: _____

Socio/a N°: _____ Relación familiar con el/la Beneficiario/a: _____

Domicilio Particular: _____ Localidad: _____

Tel.Part.: _____ Celular N°: _____ Email: _____

Autorizo a depositar en Caja de Ahorro N°: _____

Art. 7 Inc. C.: Estar al día en todas sus obligaciones con la Cooperativa en el momento de retirar el subsidio, caso contrario, se aplicará el importe del mismo para amortizar los compromisos en mora.

Firma del/la beneficiario/a

RESOLUCIÓN COMITÉ DE SOLIDARIDAD

Incap. Transitoria ☐ Incap. Permanente ☐ Internación de Socio/a ☐ Maternidad ☐ Patologías del Embarazo ☐

Tiempo otorgado: _____ (____) Días. _____ Monto otorgado: Gs.: _____

Observación _____

Acta N° _____ del Comité de Solidaridad. _____ Fecha ____ / ____ / ____

Secretario/a Comité de Solidaridad

Presidente/a Comité de Solidaridad

CERTIFICADO MÉDICO

REGLAMENTO DE SOLIDARIDAD – ARTICULO 18: El certificado médico deberá ser llenado íntegra y correctamente (en el formulario expedido por COOMECIPAR), sin enmiendas ni correcciones y cuyo contenido deberá estar avalado por el médico tratante a través de su firma y sello o aclaración de firma, con el N° de Registro Profesional. Caso contrario no se considerará válido.

1- DATOS DEL/LA MÉDICO/A TRATANTE:

Nombre/s y Apellido/s: _____

Registro Profesional N°: _____ Especialidad/es: _____

Tel. N°: _____ Celular N°: _____

2- DATOS DEL/LA SOCIO/A O HIJO/A MENOR:

Certifico que el/la Socio/a o hijo/a menor: _____

(Nombre/s y Apellido/s del/la paciente) _____

Debe permanecer en reposo durante (____) días, a contar desde el ____ / ____ / ____

3- DIAGNÓSTICO(S):

a) _____

b) _____

c) _____

d) _____

4- BREVE INFORME CLÍNICO REFERENTE AL/LOS DIAGNÓSTICO/S A LA FECHA DEL REPOSO:_____

_____**5- INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA REALIZADA:**

CIRUGÍA EFECTUADA: _____

Vía clásica ☐ Vía laparoscópica ☐ Vía endoscópica ☐ Vía láser ☐ Vía artroscópica ☐

Otros: _____

6- DIAGNÓSTICO CORROBORADO POR:Datos clínicos ☐ Datos quirúrgicos ☐ Laboratorio ☐ Ecografía ☐ RX ☐ TAC ☐ RMN ☐

Anatomía patológica _____ Otros: _____

7- FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO: ____ / ____ / _________
FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE_____
SELLO y/o ACLARACIÓN DE FIRMA

CONSTANCIA DE INTERNACIÓN

REGLAMENTO DE SOLIDARIDAD – ARTICULO 20: Para los casos de internación, se requerirá la presentación de la constancia de internación en formulario proveído por COOMECIPAR Ltda. Debidamente completada o la factura legal original con su correspondiente extracto o resumen, que deberá indicar la fecha y hora de ingreso y egreso hospitalarios. Se considerará un día de internación a partir de 6 (seis) horas.

1- DATOS DE / LA INSTITUCIÓN DE SALUD

Hospital o Sanatorio: _____ Tel.: _____
Dirección: _____ Localización: _____

2- DATOS DEL/LA PACIENTE

Nombre/s y Apellido/s: _____

3- DATOS DE LA INTERNACIÓN

Diagnóstico de Ingreso: _____

Diagnóstico de Egreso: _____

Fecha de Ingreso: ____ / ____ / ____ Hora de Ingreso: _____

Fecha de Egreso: ____ / ____ / ____ Hora de Egreso: _____

Médico tratante (Nombre/s y Apellido/s): _____

Especialidad: _____

4- TIPO DE INTERNACIÓN

Pensión ☐ Unidad de Terapia Intermedia ☐ Unidad de Terapia Intensiva ☐

5- FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA CONSTANCIA: ____ / ____ / ____

Sello de la Institución

Firma del/la Responsable _____

Aclaración de Firma _____

Cargo que desempeña _____