

SOLICITUD ALTA/BAJA/MODIFICACION USUARIO

Formulario para CENTROS DE SALUD

Mendoza, _____ de _____ de _____

Al Asesor Legal
Programa SUMAR Mendoza
DR. BERNARDO ORTIZ
legalessumar@gmail.com
(0261) 424 8159/5609 (int. 105)
S _____ / _____ D

RECEPCIÓN en Programa SUMAR Mendoza

Nº de Nota:

Fecha Recepción:

Persona que recibe:

A través de la presente nota, se solicita: ☐ **ALTA** Usuario
☐ **BAJA** Usuario
☐ **MODIFICACIÓN** Usuario

El/los Efector/es son Administrado/s por: ☐ Área Sanitaria del Departamento: _____
☐ Dirección de Salud

IMPORTANTE: Este formulario sólo se debe presentar **PREVIA GENERACIÓN** y **CONFIRMACIÓN** de usuario de acuerdo a punto 6 de instructivo adjunto.

Efector (1)	Apellido y Nombre del USUARIO (2)	Dirección de mail (a este mail se le enviará el pedido de confirmación de usuario) (3)	Tipo de Carga: (4)		Lugar Físico de Carga (5)	Pasos Excluyentes ANTES de elevar la presente Solicitud (6)		Permisos SOLICITADO S (Marcar con una cruz) (7)			Teléfono de Contacto del Solicitante (fijo/celular) (8)
			Centralizada	Descentra- lizada		Usuari o genera do (x)	Usuario confirma do (x)	Inscripción	Facturación	Emisión C.F./ Consolidados	

Es EXCLUYENTE que el presente Formulario sea suscripto por el encargado del Efector (Prestador) y el Jefe del Área Sanitaria (Provinciales) o Director de Salud (Municipalidades). Ambos deben corresponder a lo informado oportunamente al Programa SUMAR y cuyo/s nombre/s figure/n en el Sistema de Gestión del Programa SUMAR. Ante alguna incompatibilidad, el Formulario será rechazado. Tener presente mantener actualizados e informar al Asesor Legal del Programa SUMAR, cualquier cambio de Encargado, Coordinador de Área, Director de Salud, etc.

Firma y Sello
Encargado/Director
del Efector Solicitante

Firma y Sello
Jefe/Director
Área Sanitaria / Dirección de Salud

Visto Bueno Áreas del Programa SUMAR Mendoza				
Asesor Legal (Firma y Sello)	Área Administración (Firma y Sello)	Área Sistemas (Firma y Sello)	Área Capacitación (Firma y Sello)	Asesor Legal (Firma y Sello)
Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:

INSTRUCTIVO

Formulario de Solicitud ALTA/BAJA/MODIFICACIÓN DE USUARIO 2015

Este formulario deberá ser enviado a la UGSP cuando el Efector deba realizar Altas/Bajas/Modificaciones de usuarios del sistema de Gestión del Programa.

Los datos son:

- 1- **Efector:** es el nombre del efector al que pertenece la persona que realizará la carga en el sistema.
- 2- **Apellido y Nombre:** es el apellido y nombre de la persona a la que se le habilitará la cuenta, la misma debe tener una relación de trabajo directa con el efector o área.
- 3- **Dirección de mail:** este dato es muy importante ya que debe ser una cuenta de usuario personal con la que va a ingresar diariamente al sistema, a esta cuenta es a donde se le enviará automáticamente el mail para que luego Ud. realice la confirmación de la cuenta.
- 4- **Tipo de carga:** en este casillero deberá colocar si la carga la realiza desde el área de forma centralizada o el efector en forma descentralizada.
- 5- **Lugar físico:** este dato hace referencia al lugar donde Ud. realizará la carga por. Ej. Ud. Puede hacer la carga desde el área y no desde el efector (pueden tener problemas de conectividad y eso hace que la carga no sea en el espacio físico de efector al que pertenece).
- 6- Es excluyente haber generado y confirmado el usuario en el sistema ya que si no lo hizo el trámite quedará sin efecto. Para crear un usuario deberá ingresar al sistema del Programa Sumar sumar.salud.mendoza.gov.ar e ingresar a crear cuenta. El sistema le enviará un mail al correo electrónico ingresado por Ud. y deberá confirmar ingresando al link que le envía el sistema.
- 7- **Permisos solicitados:** aclarar con X si solo quiere uno o más permisos (inscripción-facturación- emisión consolidados)
- 8- **Teléfono de contacto:** teléfono fijo o particular de solicitante.