



# CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA ODONTOLOGOS Y BIOQUIMICOS DE SALTA

## FONDO DE COBERTURA SOCIAL Y ADICIONAL SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TEMPORARIA SOLICITUD N°

De acuerdo a lo establecido en el Reglamento del citado Fondo (FOCOB), solicito el pago del subsidio por incapacidad temporaria, siendo los datos requeridos los siguientes:

### 1.- DATOS DEL AFILIADO

Apellido: ..... Nombres: .....  
Profesión: ..... Afiliado N°   
Documento: Tipo y N° ..... Fecha Nacimiento: ...../...../.....  
Teléfono (Fijo y/o Celular): ..... Correo Electrónico: .....

### 2.- DATOS DE LA PATOLOGIA INCAPACITANTE

Patología: .....  
Médico Especialista Certificante: .....  
Fecha de Certificado: ..... Origen de la Discapacidad: .....

### 3.- DOCUMENTACION PRESENTADA

- \* Certificado Médico especialista en original. Debe informar tratamiento y fecha probable de alta
- \* Fotocopia DNI del afiliado
- \* Certificación cumplimiento de aportes previsionales y al FOCOB. Verificado:

### 4.- DISPOSICIONES APLICABLES

Tomó conocimiento y expreso mi conformidad a las disposiciones contenidas en el Reglamento del FOCOB y las específicas que se transcriben a continuación:

Se acordará a los afiliados activos que se incapaciten temporariamente para el ejercicio de la profesión, siempre y cuando la incapacidad médica supere los treinta (30 días). Deberá ser certificada por médico especialista que indicará la patología correspondiente, el tratamiento aplicable y la fecha probable de alta médica. El Directorio, podrá constituir una Junta Médica, de considerarlo necesario cuando los elementos de juicio que aporte el afiliado no permiten acreditar una incapacidad laboral. -

La incapacidad producida por un embarazo de riesgo que implique para la afiliada reposo sin la posibilidad de actividad profesional, también generará el derecho al subsidio

El término máximo por el que se liquidará el subsidio (se trate de una sola patología o varias de diferente origen, en forma simultánea o sucesiva) es de 90 días siempre y cuando el alta médica no sea anterior y el afiliado se mantenga en inactividad profesional. En caso que vencido dicho plazo, no se produjera el alta médica, se podrá extender por otro período igual únicamente, si el afiliado aporta certificaciones que no ejerce la actividad profesional en ningún ámbito público o privado. -

El valor mensual del subsidio será el equivalente a 30 unidades previsionales. -

El máximo de tiempo por el que se podrá cobrar el subsidio a lo largo de toda la afiliación activa es por 24 meses, siempre y cuando el afiliado mantenga su afiliación sin interrupciones en la Caja; en tal caso la extensión del subsidio se reducirá a la mitad. -

Salta

Afiliado: .....

Aclaración: .....

Recibido por: .....

### 5.- RESOLUCIÓN DIRECTORIO Y LIQUIDACION

Verificada la documentación en cuestión y la procedencia del subsidio, se procede a liquidar el subsidio solicitado a partir del día ...../...../..... por la suma de \$ ..... a nombre del afiliado, según Orden de Pago N° ..... y Cheque N° .....c/Banco Macro

Por el Directorio: .....