



**SUBSIDIO POR MATERNIDAD**  
**DEPARTAMENTO DE SERVICIO MÉDICO**

**DATOS DEL AFILIADO**

Nº DE AFILIADO: \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

PROFESIÓN: \_\_\_\_\_

DOMICILIO CONSTITUIDO (CT): \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_ LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

C.P.: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

DÍA ANTERIOR AL INICIO DE LA LICENCIA MATERNAL: \_\_\_\_\_

**Se notifica que:**

1. Se otorga a las profesionales en ejercicio libre de la profesión y cubre un período máximo de 14 (catorce) semanas. En caso de nacimientos múltiples, o peso al momento del nacimiento igual o menor a 1,5 kilogramos, el período de amparo al subsidio por maternidad podrá extenderse hasta las 18 (dieciocho) semanas.
2. Para el cobro del beneficio que solicita (art. 97 de la Ley 17.738 y art. 1° de la Ley 20.410), deberá encontrarse al día con sus obligaciones (art. 123 de la Ley 17.738).
3. El pago de las obligaciones que la persona afiliada mantenga con la Caja continuará por su sistema habitual siendo responsabilidad del profesional el cumplimiento de los pagos dentro de los plazos establecidos.
4. Para las solicitudes realizadas a partir del 01/08/2025, será de aplicación lo dispuesto en la Ley 20.410.
5. Deberá presentar al Servicio Médico de la Caja, certificado médico, acompañado de timbre profesional correspondiente donde figure fecha probable de parto (FPP) e indicación del médico tratante de la fecha de inicio de la licencia maternal o partida de nacimiento si el beneficio se tramita luego del parto.
6. Se considera notificada del beneficio una vez acreditado el pago.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del profesional



Caja de Profesionales  
Universitarios

## Formulario 1.4.07

### OPCIÓN DE COBRO DEL BENEFICIO

#### DATOS DEL AFILIADO

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: \_\_\_\_\_ N° DE AFILIADO: \_\_\_\_\_

*A continuación, el titular podrá optar por el sistema de cobro de su preferencia de acuerdo  
con lo establecido en la Ley 19210 "de Inclusión Financiera".*

☐

Pago mediante SISTEMA BANCARIO en cuenta existente a nombre del titular.

BANCO: \_\_\_\_\_

SUCURSAL O AGENCIA: \_\_\_\_\_ No.: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE CUENTA: \_\_\_\_\_

CUENTA CORRIENTE: \_\_\_\_\_ CAJA DE AHORRO: \_\_\_\_\_

OTROS: \_\_\_\_\_

☐

Pago mediante SISTEMA DE DINERO ELECTRÓNICO (TARJETA LOCAL).

INSTITUCIÓN EMISORA: \_\_\_\_\_

#### El interesado se notifica de los siguientes términos:

*La opción de cobro elegida implica el otorgamiento de autorización expresa a la institución para efectuar los débitos o retenciones en la cuenta o tarjeta prepaga, que la Caja solicite.*

*La Caja no asume otra responsabilidad que acreditar el importe correspondiente al pago del beneficio en la opción elegida, hasta que el titular la modifique.*

*En caso de optar por cuenta bancaria, la misma deberá estar a nombre del titular del beneficio y se deberá adjuntar al presente formulario una constancia del banco donde figuren los siguientes datos: nombre del banco, sucursal donde está radicada la cuenta y tipo de cuenta (caja de ahorro o cuenta corriente).*

*Asimismo, cualquiera sea la opción elegida se deberá adjuntar fotocopia de la cédula de identidad del firmante.*

*Si la cuenta bancaria indicada no es específica para cobro de sueldo o pasividad, los fondos acreditados por la Caja podrán verse afectados por las tasas financieras que la institución bancaria aplique en cumplimiento de la normativa vigente, otorgando el titular su consentimiento en este sentido.*

*El titular de un beneficio tiene la obligación de mantener actualizado su domicilio. En caso de constatare el no cumplimiento de esta disposición, la Caja podrá suspender preventivamente el pago.*

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del profesional