



Caja de Profesionales  
Universitarios

Andes 1521 - Tel.: 2902 8941  
C.P. 11.100 - Montevideo - Uruguay  
www.cajadeprofesionales.org.uy

# SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TEMPORAL

## DEPARTAMENTO DE SERVICIO MÉDICO

### DATOS DEL AFILIADO

Nº DE AFILIADO: \_\_\_\_\_

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

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

PROFESIÓN: \_\_\_\_\_

DOMICILIO CONSTITUIDO (C.T.): \_\_\_\_\_

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

CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

### SUSPENSIÓN EJERCICIO LIBRE POR INCAPACIDAD DESDE: (\*)

\* día anterior a la incapacidad

Se notifica:

- 1) Para el cobro del beneficio que solicita (art. 93 Ley 17.738), deberá encontrarse al día con sus obligaciones (art. 123 Ley 17.738).
- 2) La solicitud de Subsidio por Incapacidad temporal, no exime del pago de las obligaciones que pudieran corresponder de acuerdo a la Ley 16.524, el art. 542 de la Ley 17.296 en la redacción dada por el art. 7 de la Ley 17.451 y Ley 17.451 (Fondo de Solidaridad y Adicional).
- 3) Para el caso de solicitud de Prórroga de Subsidio, la misma deberá solicitarse mientras persista la incapacidad y dentro de los sesenta (60) días siguientes a la finalización del período subsidiado o de la fecha de notificación, (no presentar certificado del BPS).
- 4) Que deberá presentar al Servicio Médico de la Caja, certificado médico original, acompañado de timbre profesional correspondiente, cédula de identidad y fotocopia.
- 5) En el caso de no presentar cédula de identidad original, deberá presentar testimonio notarial de C.I.
- 6) Se deberá aportar constancias de las licencias médicas en los lugares de trabajo donde desarrolla actividad profesional subordinada.
- 7) Transcurridos 45 días sin haber aportado la documentación requerida, se procederá a la anulación de la solicitud del beneficio, manteniendo la condición de afiliado activo, generando los aportes correspondientes.

Fecha

Firma del profesional

# SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TEMPORAL DECLARACIÓN JURADA

Quien suscribe \_\_\_\_\_ Afiliado N° \_\_\_\_\_

a) Indica que: sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ tiene actividad amparada por otra Caja

b) Suspendió actividad en:

Lugar de trabajo	Fecha de suspensión	Caja que ampara

c ) No suspendió en:

---

---

---

d) Motivos de la no suspensión:

---

---

---

c ) Observaciones:

---

---

---

Fecha

Firma del afiliado