



Caja de Profesionales  
Universitarios

# PRÓRROGA SUBSIDIO INCAPACIDAD TEMPORAL

## DEPARTAMENTO DE SERVICIO MÉDICO

### DATOS DEL AFILIADO

N° DE AFILIADO:  PROFESIÓN:

NOMBRE COMPLETO:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:  FECHA DE NACIMIENTO:

DOMICILIO CONSTITUIDO (CT):

DEPARTAMENTO:  LOCALIDAD:

C.P.:  TELÉFONO:  CELULAR:

CORREO ELECTRÓNICO:

#### Se notifica que:

1. El pago de las obligaciones que el afiliado mantenga con la Caja continuará por su sistema habitual siendo responsabilidad del profesional el cumplimiento de los pagos dentro de los plazos establecidos. La solicitud de subsidio por incapacidad no exime de las obligaciones que pudieran corresponder por concepto de Fondo de Solidaridad y su Adicional.
2. Para el caso de nueva prórroga de subsidio por incapacidad, la misma deberá realizarse mientras persista la incapacidad, indefectiblemente dentro de los sesenta (60) días siguientes a la finalización del período subsidiado o de la fecha de la notificación.
3. Deberá presentar al Servicio Médico de la Caja, certificado médico original, acompañado de timbre profesional correspondiente.
4. Transcurridos los cuarenta y cinco (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.
5. Se considera notificado del beneficio una vez acreditado el pago.

Fecha

Firma del profesional