



**PRÓRROGA SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TEMPORAL**  
**DEPARTAMENTO DE SERVICIO MÉDICO**

**DATOS DEL AFILIADO**

N° DE AFILIADO: \_\_\_\_\_

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

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

PROFESIÓN: \_\_\_\_\_

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. No se descuentan aportes ni otras obligaciones en las liquidaciones de subsidios. 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. Se considera notificado del beneficio una vez acreditado el pago.*

\_\_\_\_\_  
Fecha

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