



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales

Formulario de Derivación Alta Complejidad
compensación por derivación
Servicio de reciprocidad

Corrientes/Resistencia:.....de.....de.....

Señora
Delegada Rectoral del ISSUNNE
Dra. María Mercedes González
S _____ / _____ D:

Me dirijo a usted con el objeto de solicitar que por donde corresponda se autorice:

..... Derivación de alta complejidad según anexo adjunto.

.....Compensación por derivación para(.....) personas.-

.....Servicio de reciprocidad con la Obra Social de la Universidad de.....

Para el **titular/familiar** conforme a la documentación y datos abajo detallado:

AFILIADO TITULAR:Cuil:.....

FAMILIAR BENEFICIARIO:.....Cuil:.....

Asumo el compromiso formal que dentro de los **10 (diez) días posteriores a mi regreso** de **presentar los comprobantes de pasajes utilizados ó gastos realizados para el traslado (combustible + Peajes)**. Declaro conocer que **el incumplimiento** del compromiso asumido por el suscripto, autorizará al ISSUNNE a debitar el monto de la compensación otorgada y no rendida en mi ficha cuenta.

Datos Financiero para la acreditación:

Titular de la cuenta bancaria:.....

Banco:.....CBUNº.....

Tipo de cuenta:.....Nº de cuenta.....

.....
Firma y aclaración del titular



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales

Domicilio:.....**Ciudad**..... **Teléfono**
fijo (.....)**Celular**.....**Correo electrónico:**.....

Coordinación de Prestaciones Médicas:

Ctes...../...../.....

En la fecha se desglosa original del Formulario de Derivación de Alta complejidad.-

.....
Firma del Responsable

En la fecha se emitió NOTA OSU para la Universidad Nacional de.....Ctes...../...../.....

.....
Firma del Responsable

Dir. De Gestión Administrativa

Tomado conocimiento, siga al Dpto. Contable para el preventivo correspondiente. Cumplido siga a Despacho para el dictado de la Disposición pertinente de corresponder. Ctes...../...../.....

.....
Firma del Responsable

Dpto. Contable

En la fecha se adjunta el preventivo correspondiente.

.....
Firma del Responsable

Coordinación Administrativa

En la fecha se adjunta Disposición N°.....Siga al Departamento Contable. Ctes.... /...../.....

.....
Firma del Responsable

Dpto. Contable, toma conocimiento de la Disposición N°..... y procede a la liquidación Correspondiente. Siga a Tesorería a sus efectos. Ctes / /

.....
Firma del Responsable

Dpto. Tesorería, en la fecha...../...../..... se efectuó la transferencia correspondiente. Siga al personal de control de Rendición de compensación por derivación.

.....
Firma del Responsable

MESA, para su archivo.



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales

ANEXO A LA DISPOSICIÓN 001/16 del C.A. ISSUNNE

Artículo 7: Establecer que la cobertura de las prestaciones, cuyas derivaciones se autoricen en los términos de la presente, se realizará sobre la base de los valores o aranceles determinados por convenio – directo o a través de la red COSUN – con los centros médicos a los cuales el afiliado haya sido derivado. En caso de no existir convenio para la práctica a la cual se deriva, se aprobará el valor de referencia de la región Corrientes – Chaco. Toda diferencia se debitará en la Ficha Cuenta del afiliado titular.

Declaro conocer los términos de la Disposición Nro. 001/2016 C.A. en todos sus artículos.

Firma y aclaración del afiliado



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales



Formulario de Rendición de Gastos Compensación por Derivación

Corrientes,..... de de 201.....-

Señora
Delegada Rectoral del ISSUNNE
Dra. María Mercedes González
S _____ / _____ D:

El/a que suscribe.....

DNI Nº....., se dirige a Ud. Y por su intermedio ante quien corresponda a los efectos de presentar comprobantes de gastos de compensación por derivación Ref. Expte.....

Adjuntos **originales de:**

- a) Pasajes ómnibus ida y vuelta.
- b) Pasajes Avión y/ o Tarjeta de embarque (ida y vuelta).
- c) Tickets ó Factura de combustible y peajes.-

Sin otro particular saludo atentamente.

.....

Firma del Afiliado Titular

Cel.:.....

Mail:.....