



“Año de la defensa de la vida, la libertad y la propiedad”

Universidad Nacional del Nordeste  
Instituto de Servicios Sociales

1994 - 2024  
**30 años**  
De la Consagración Constitucional  
de la Autonomía y Autarquía  
Universitaria en Argentina

## COMPENSACIÓN POR ENFERMEDAD TEMPORAL QUE GENERE MINUSVALIA TOTAL (Resol. 258/14)

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

Señora Delegada Rectoral del ISSUNNE

Dra. Rocío Paola Cardozo

S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D:

El/la que suscribe.....

CUIL/CUIT N°.....agente que presta servicios en la Facultad  
Instituto.....,se dirige a Ud. con el objeto de solicitar se le  
otorgue la COMPENSACION POR ENFERMEDAD TEMPORAL establecida por Resolución  
258/14 para.....(esposa/hijo) conforme a la documentación  
que acompaña:

**a) Historia Clínica actualizada**

**b) Fotocopias de estudios realizados**

Declaro conocer lo preceptuado en la Resolución arriba mencionada: **“Ante cualquier circunstancia que altere las condiciones de otorgamiento de la presente compensación, me comprometo a comunicarlo en tiempo y forma al I.S.S.U.N.N.E, caso contrario el mismo generará cargo de lo percibido en más por tal concepto en mi ficha cuenta.”**

Sin otro particular saludo muy atentamente.-

Domicilio:.....TEL.....

Email:.....

**Firma afiliado titular/representante legal**

En la fecha se adjunta constancia de afiliación.

Corrientes.....de.....de.....

**Firma Responsable**

Corrientes.....de.....de.....



*Universidad Nacional del Nordeste*  
*Instituto de Servicios Sociales*

“Año de la defensa de la vida, la libertad y la propiedad”

1994 - 2024  
**30 años**  
De la Consagración Constitucional  
de la Autonomía y Autarquía  
Universitaria en Argentina

**INFORME ASESORIA MÉDICA**

**Firma Asesor Médico INFORME ASISTENTE SOCIAL:** (Ver en fjs.....)

**Dirección de SERVICIOS SOCIALES**.....de.....de.....

En la fecha se adjunta la documental pertinente y se eleva a la señora Delegada Rectoral para su tratamiento en el Consejo de ISSUNNE.

**Firma Responsable**

En la fecha se adjunta copia de la Disposición del Consejo ISSUNNE N°.....Siga al Dpto. Registros y Afiliaciones para que tome nota y notifique al afiliado.

Coordinación Administrativa: .....de.....de.....

**Firma Responsable**

**Dpto. Registros y Afiliaciones** toma nota y procede a notificar/ enviar fotocopia de la

Disposición N°.....al afiliado en el domicilio declarado. Ctes..... /..... /.....

**Firma del Responsable**

**Dirección de GESTION ADMINISTRATIVA:**.....de.....de.....

Visto la Resolución del Consejo ISSUNNE, pase al Dpto. Contable para el preventivo correspondiente.

**Firma del Responsable**

**Departamento Contable**.....de.....de.....

En la fecha se adjunta el preventivo correspondiente.



*Universidad Nacional del Nordeste*  
*Instituto de Servicios Sociales*

1994 - 2024

**30 años**

*De la Consagración Constitucional  
de la Autonomía y Autarquía  
Universitaria en Argentina*

**Firma del Responsable**

**Tesorería**...../...../.....

En la fecha se efectuó el depósito correspondiente. Siga a Mesa a sus efectos.

**Firma del Responsable**

**MESA**...../...../.....

En la fecha se procede al archivo de estas actuaciones.

**Firma del Responsable**