



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

Compensación por Derivación Delegaciones del Interior

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

Sra. Delegada Rectoral del ISSUNNE

Méd. Rocío Paola Cardozo

S...../.....D:

El/la que suscribeCUIL/CUIT

Nº..... afiliado que presta servicios

en..... con una antigüedad de.....años, se dirige a Ud. con el objeto de solicitar se autorice el reintegro de gastos

por Derivación médica a Centro de Mayor Complejidad en.....establecido por la Resolución 249/03 a favor de mi esposa/hijo.....conforme a la documentación que acompaña:

a) Certificado del médico tratante puntualizando la necesidad que motiva el pedido del traslado al Centro Especializado e historia clínica y/o comprobante del turno consultorios propios. b) Constancia médica de atención efectiva

c) Comprobante de gastos realizados (pasajes, Ticket peaje y nafta)

Dejo constancia que trabajo como.....

y que he recibido y comprendido las instrucciones escritas referentes a la documentación que debo presentar a sus efectos.

Para el caso de poseer saldo deudor por servicios de salud:

AUTORIZO al ISSUNNE a acreditar el monto del presente reintegro de gastos en mi ficha cuenta

Sin otro particular saludo muy atentamente.

Domicilio:.....TEL/CEL.....

Domicilio electrónico:.....

Firma del afiliado titular



"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

CORRIENTES,.....de.....de.....

DPTO. REGISTROS CLASIF. Y COMPUTOS, informa que los datos consignados precedentemente son los declarados por el titular en la documentación de afiliación obrante en éste sector.-

Cargo/s:.....

Vencimiento:.....

.....

Dpto. Reg. Clasif. Y Cómputos

Coordinación de Prestaciones Médicas

Corresponde compensación por derivación para..... (.....) personas.

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



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*

Dir. De Gestión Administrativa, en la fecha se adjunta expediente de rendición correspondiente debidamente conformado, siga a MESA/ DPTO. FINANCIERO.

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

MESA, para su archivo.

Firma del Responsable

.....

Firma del Responsable