

**Compensación por Derivación**  
*Delegaciones del Interior*

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

Sra. Delegada Rectoral del ISSUNNE

Méd. Rocío Paola Cardozo

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

El/la que suscribe .....CUIL/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

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**

**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**