



CERTIFICACIONES MÉDICAS

Servicio Central de Informática (SeCIU)

Universidad de la República

Prestadores Integrales de Salud

Certificado Médico/BPS

INTRODUCCIÓN

- Permitir ingresar en una solicitud el Prestador Integral de Salud y el Certificado Médico/BPS que fue entregado al funcionario.
- Ingresar número de Caja Profesional y nombre del médico al archivar una solicitud (DUS).

PRESTADOR INTEGRAL DE SALUD

Tanto para las solicitudes ingresadas por el funcionario desde el Módulo de Autogestión de Personal - MAP, como para las solicitudes ingresadas en el Sistema de Certificaciones Médicas, si se trata de:

- Licencias médicas** (a domicilio o sanatorio) en el interior del país, o en las zonas que no corresponde Entidad Certificadora de los Departamentos de Canelones y San José, se deberá adjuntar el *Certificado Médico/BPS*
- Licencias Maternales o por Lactancia** solicitadas en Montevideo o en el Interior se deberá adjuntar la documentación correspondiente, que se especifica en la página 5 del presente instructivo.

Para el Interior o fuera del radio predeterminado, es obligatorio ingresar el nombre del prestador de salud. El mismo se debe seleccionar entre los nombres ofrecidos por el MSP de los prestadores de salud habilitados.

Seleccionar Prestador Salud

Datos Prestador de Salud

Prestador de Salud: Seleccione prestador de s

Cargos

Categoría: No Docente

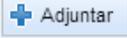
Observaciones:

Ingresar

Selecciones de salud habilitadas:

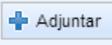
- AMDM IAMPP
- AMEDRIN
- AMSJ IAMPP
- ASOCIACIÓN ESPAÑOLA
- ASSE
- BLUE CROSS & BLUE SHIELD
- CAAMEPA IAMPP
- CAMCEL
- CAMDEL IAMPP
- CAMEC
- CAMEDUR IAMPP
- CAMOC IAMPP
- CAMS IAMPP
- CAMY
- CASA DE GALICIA
- CASMER IAMPP
- CASMU IAMPP
- CÍRCULO CATÓLICO
- COMECA IAMPP

Adjuntar Certificado Médico/BPS

Personal debe  a la solicitud el *Certificado Médico/BPS* que fue entregado al funcionario por su Médico.



Datos de Solicitante	
Tipo documento:	DOCUMENTO
País documento:	URUGUAY
Documento:	17504352
Nombre:	ELIZABETH JACQUELINE
Apellido:	VAZQUEZ BOCCHI
Fecha de nacimiento:	11/03/1960
Sexo:	FEMENINO
Correo:	elizabeth.vazquez@seciu.edu.uy
Celular:	091214534

Archivos Adjuntos (1)	
	
certificado.pdf	



[Prestador de Salud](#)

Para las *solicitudes médicas* del interior de país fuera del radio de cobertura de la Entidad Certificadora, así como para las solicitudes maternas o por lactancia, es obligatorio ingresar el nombre del **Prestador de Salud** con el cual se atiende/atendió el funcionario.

El mismo deberá seleccionarse entre los nombres ofrecidos por el MSP que son los prestadores habilitados.

[Seleccionar Prestador de Salud](#)

Datos Prestador de Salud

* Prestador de Salud: (dropdown menu open showing options: Selecciona prestador de salud..., AMDM IAMPP, AMEDRIN, AMSJ IAMPP, ASOCIACIÓN ESPAÑOLA, ASSE, BLUE CROSS & BLUE SHIELD, CAAMEPA IAMPP, CANCEL, CAMDEL IAMPP, CAMEC, CAMEDUR IAMPP, CAMOC IAMPP, CAMS IAMPP, CAMY, CASA DE GALICIA, CASMER IAMPP, CASMU IAMPP, CÍRCULO CATÓLICO, COMECA IAMPP)

Certificado Médico/BPS: (El tamaño máximo permitido para el archivo es de 4MB y los formatos aceptados son jpg, jpeg, pdf)

Datos de contacto

Teléfono de contacto:

Celular:

Mail:

Cargos del funcionario

Para los casos en los que es necesario ingresar el Prestador de Salud, también es posible adjuntar de manera opcional un archivo correspondiente al Certificado Médico/BPS, que debería ser entregado al funcionario, por su médico.

[Agregar Certificado Médico/BPS](#)

En caso de que el funcionario no agregue el Certificado Médico/BPS, deberá ser Personal quien lo haga. **No debe elevarse la solicitud a la DUS sin antes agregar el Certificado Médico/BPS.** Sólo es posible agregar un único archivo.

Datos Prestador de Salud

* Prestador de Salud:

Certificado Médico/BPS:

(El tamaño máximo permitido para el archivo es de 4MB y los formatos aceptados son jpg, jpeg, pdf)

[Información sobre la documentación requerida](#)

Al agregar el Certificado Médico/BPS, se puede visualizar la siguiente información al hacer clic en el botón de ayuda

[Licencia Maternal](#)

Certificado Médico/BPS ✕

Para la tramitación de la licencia maternal, la funcionaria deberá adjuntar el certificado médico expedido por su médico tratante en el formulario "Licencia Médica" del Sistema Nacional de Certificación Laboral del BPS. El médico tratante deberá establecer la fecha desde la cual recomienda el inicio de la licencia, la que se extenderá por un lapso de 14 semanas de acuerdo a la Ordenanza de licencias de UdelaR.

[Licencia por Lactancia](#)

Certificado Médico/BPS ✕

Las licencias por lactancia se tramitarán a partir del primer día de reintegro de la licencia maternal, debiendo adjuntar el Certificado/Partida de Nacimiento, lo cual permitirá calcular el lapso a certificar. De acuerdo a la ordenanza de licencia por lactancia, se otorgará en una primera instancia medio horario hasta el sexto mes de nacido, debiéndose reiterar la solicitud de licencia, para los siguientes seis meses de lactancia, de manera de completar los 12 meses de medio horario. En esta segunda instancia, se deberá adjuntar el Certificado del pediatra o médico tratante, indicando que el niño se encuentra en período de lactancia.

DUS – Certificaciones Médicas

Para tener en cuenta antes de archivar:

•En las licencias Maternales o por Lactancia, la DUS verificará que esté el certificado correspondiente antes de archivarla. En caso contrario, las devolverá a Personal para que se adjunte dicho **Certificado Médico/BPS**.

Al archivar las solicitudes *médicas* del interior de país fuera del radio de cobertura de la Entidad Certificadora, así como las solicitudes *maternales* o *por lactancia*, se deberá ingresar el Nro. de Caja de Profesional del Médico. Si dicho número ya existe en el sistema, se muestra el nombre y apellido. En caso contrario, se pide al usuario de la DUS que ingrese estos datos.

ARCHIVAR:

Otorga licencia: Si

Tipo de licencia: Total

Motivo: Maternal

Desde: 13/10/17

Reintegro: 24/11/17

Cantidad de días: 42

¿Puede abandonar su domicilio?: Si

Nro. C.P. Médico: 1000

Nombres Médico: ...

Apellidos Médico: ...

Cancelar | Aceptar

Se solicita ingresar el Nombre y Apellido del médico Si no se encuentra en el sistema

ARCHIVAR:

Otorga licencia: Si

Tipo de licencia: Total

Motivo: Paternal

Desde: 13/10/17

Reintegro: 25/10/17

Cantidad de días: 12

¿Puede abandonar su domicilio?: Si

Cancelar | Aceptar