

## **DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA POSTULAR A LA AYUDA SOLIDARIA**

- 1) Carta del beneficiario que solicita la ayuda, dirigido al JEFE DE LA JEAFO SALE (señalar dirección, fono y correo electrónico).
- 2) Informe Socioeconómico del Trabajador Social emitido por la Ilustre Municipalidad de su comuna o CAPREDENA, detallando la razón que motiva la solicitud. Dicho informe deberá estampar claramente el logo o membrete, la identificación del profesional y fecha de emisión.
- 3) Certificado Médico **original** según formato establecido, avalado por un profesional de la red de salud del SISAE. De no existir, podrá ser un médico en convenio (El certificado no debe ser superior a 60 días).
- 4) Cotización de los medicamentos según formato establecido.
- 5) Certificado de Declaración de Renta y/o Formulario 22, además de certificado de no acreditación de renta (puede ser bajado desde la página web [www.sii.cl](http://www.sii.cl) en situación tributaria de terceros), si es del caso.
- 6) Cartola de cotizaciones en AFP, y/o certificado de la Superintendencia de AFP que certifique la no afiliación (puede ser bajado de la página web [www.spensiones.cl](http://www.spensiones.cl)).
- 7) Liquidación de pensión y/o liquidación de remuneración y/o boletas de honorarios, u otro que respalden los ingresos percibidos del grupo familiar.

### **TODOS LOS ANTECEDENTES DEBEN SER ORIGINALES**

#### Nota:

- 1.- Postular solo si el gasto farmacológico es superior al 13% al ingreso familiar.
- 2.- Postular sólo si es cotizante del Fondo Complementario.
- 3.- La totalidad de estos antecedentes se entrega en Registratura, ubicada en el COSALE piso 8, hasta las 12 hrs.
- 4.- Solicitar adicional al certificado las respectivas recetas, ya que sin estos documentos no se podrá materializar la compra en Farmacias Cruz Verde.
- 5.- Las cotizaciones se deben realizar a través de un ejecutivo ya asignado, la información de su contacto es:  
Nombre: Giovanni Valdivia Rodríguez.  
Ejecutivo Operaciones y Servicios.  
Fono: 22-6944000 Anexo 3872  
Correo electrónico: [giovanni.valdivia@cruzverde.cl](mailto:giovanni.valdivia@cruzverde.cl)
- 6.- En caso de algún problema, duda o dificultad contactarse con:  
Bastian Reveco 22-6684306 o al correo [jrevecoa@cosale.cl](mailto:jrevecoa@cosale.cl)
- 7.- Enviar documentos a la siguiente dirección:  
Alameda 1449, Torre C, piso 8, Santiago.

EJÉRCITO DE CHILE  
COMANDO DE SALUD  
JEAFOALE

CIUDAD \_\_\_\_\_, FECHA \_\_\_\_\_

CERTIFICADO MÉDICO PARA POSTULACIÓN A LA AYUDA DEL FONDO COMPLEMENTARIO

1. PARA SER RESPONDIDO POR EL MÉDICO TRATANTE

Nombre del postulante al beneficio	
Fecha de nacimiento	
Nombre del funcionario	
RUT	
Unidad	

2. PARA SER RESPONDIDO POR EL MÉDICO TRATANTE (Letra clara e imprenta)

Resumen de la historia

Diagnóstico principal
Diagnósticos secundarios

Fundamentos del diagnóstico principal (confirmaciones)

Medicación necesaria permanente (correspondiente a diagnósticos, nombre de los fármacos) exámenes u otros procedimientos, con el total mensual solicitado, que tenga directa relación con el diagnóstico principal por el que postula (información indispensable como respaldo).

Nº	MEDICAMENTO	DOSIS DIARIA	PERÍODO
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			

Tipo y especificación del grado de limitación (física y/o psicológica)

Autovalente: 

S	N
---	---

 Comunicación verbal: 

S	N
---	---

 Deambulación: 

S	N
---	---

Tratamientos requeridos (indispensables llenar en su totalidad por médico tratante) Etiológico Sintomático - Rehabilitación – Educación – Otros

Nombre del Médico Informante:  
Especialidad:  
RUN N°:  
N° Colegio Médico:

Firma, Timbre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_