

# Manual de Usuario

## Sistema de Subsidios Oficina Virtual



24/07/2023



**Dirección de Tecnologías de la Información y Comunicación.**  
**Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales.**

¿Qué es un Manual de Usuario?

*“Un manual de usuario es el material que proporcionas a los usuarios de tu producto para ayudarles a utilizarlo correctamente.”*

[www.techsmith.es](http://www.techsmith.es)

Finalidad

*El presente manual tiene como finalidad dar a conocer de modo detallado y sencillo el funcionamiento del sistema de Subsidios, para que los usuarios comprendan de manera específica como se pueden llevar a cabo las distintas funcionalidades del sistema*

# Sistema de Subsidios, Oficina Virtual

## Manual de Usuario

Elaborado por:

Nayeli Martínez, Analista de Calidad TIC.

Revisor por:

José M. Rosario, Enc. Depto. Desarrollo e  
Implementación de Sistemas.

Creación: 24-07-2023

Ver. 1.0

Santo Domingo, DN.

## Contenido

1. Perfil .....	4
1.2 Información Personal .....	4
1.3 Cuenta bancaria.....	5
2. Solicitudes de Subsidios (Externos) .....	6
2.1 Solicitudes de Enfermedad .....	7
2.1.1 Agregar una nueva solicitud .....	8
2.1.2 Editar una solicitud de Enfermedad .....	11
2.2 Solicitudes de Lactancia .....	16
2.2.1 Agregar una nueva solicitud .....	17
2.3 Solicitudes de Maternidad .....	21
2.3.1 Agregar una nueva solicitud .....	22
2.3.2 Editar una solicitud.....	26
3. Consulta Subsidios .....	38
3.1 Consultar Solicitudes de Maternidad y Lactancia .....	38
3.2 Consultar Solicitudes por Enfermedad.....	39

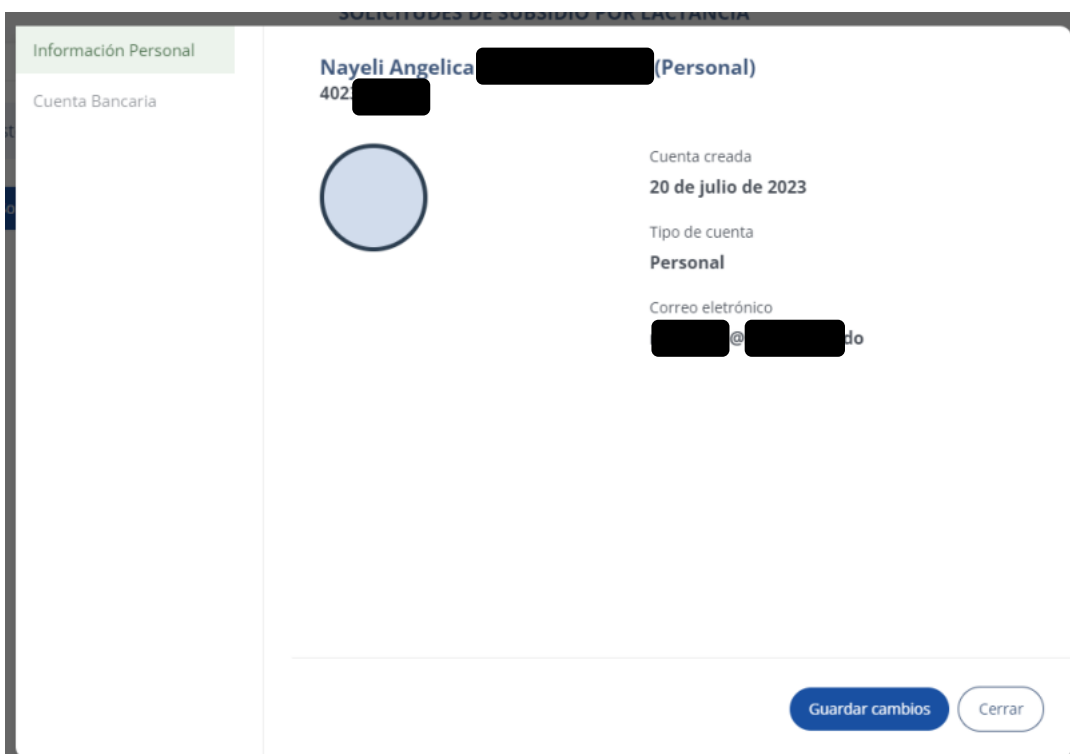
## 1. Perfil

Antes de realizar una solicitud, debe configurar la cuenta bancaria a la que será depositado el pago. Para esto, es necesario acceder al perfil. Ingrese a una solicitud, de clic en **Perfil** y carga un modal que contiene las siguientes informaciones.



### 1.2 Información Personal

Puede visualizar su información personal: Nombre completo, Cédula, la fecha en la que la Cuenta fue creada, el Tipo de cuenta y el Correo electrónico:



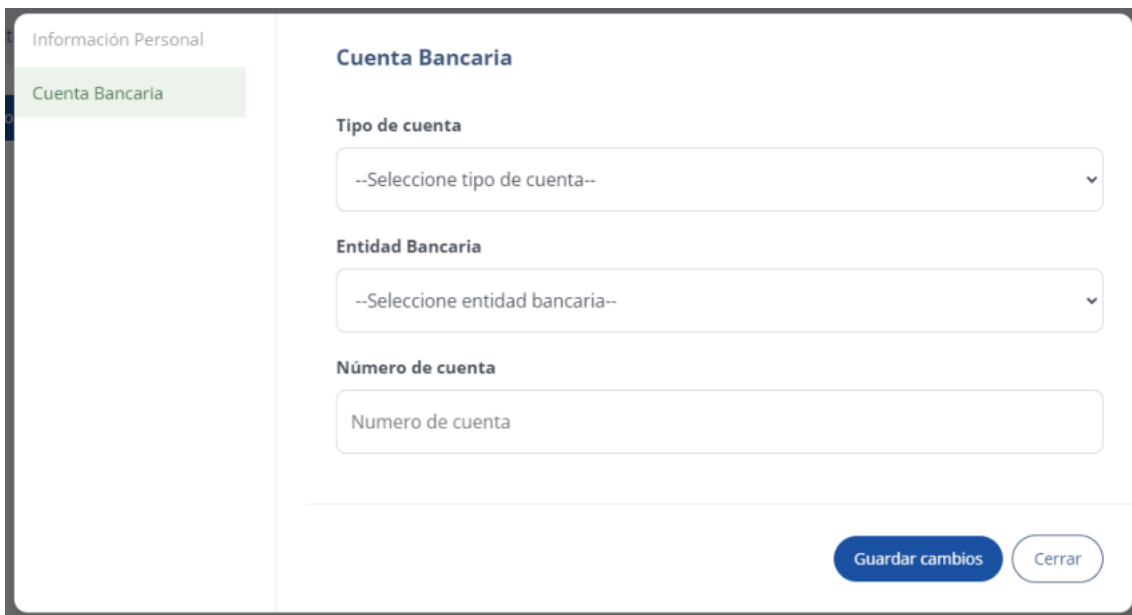
### 1.3 Cuenta bancaria

Puede visualizar un formulario, donde debe ingresar la información de su cuenta bancaria.

Complete los siguientes campos:

- **Tipo de cuenta:** Seleccione el tipo de cuenta (Ahorro o Corriente).
- **Entidad Bancaria:** Seleccione la entidad bancaria a la cual pertenece.
- **Número de cuenta:** Digite el número de cuenta

De clic en  para guardar los cambios.



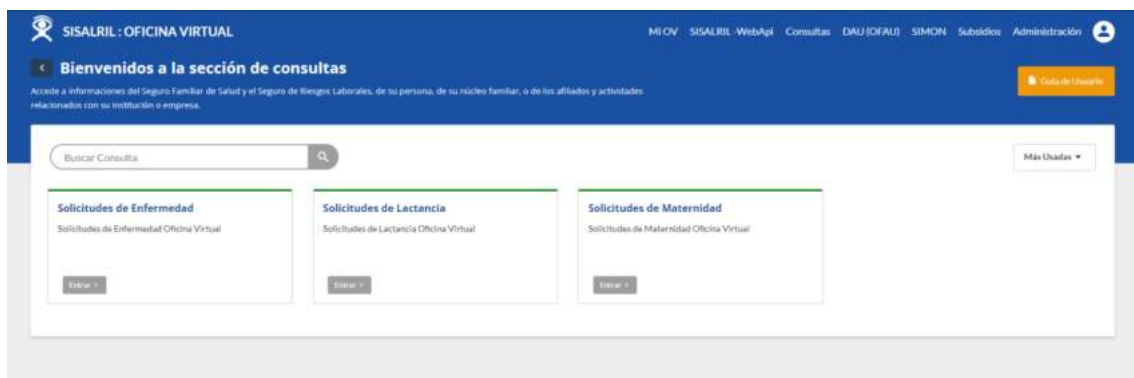
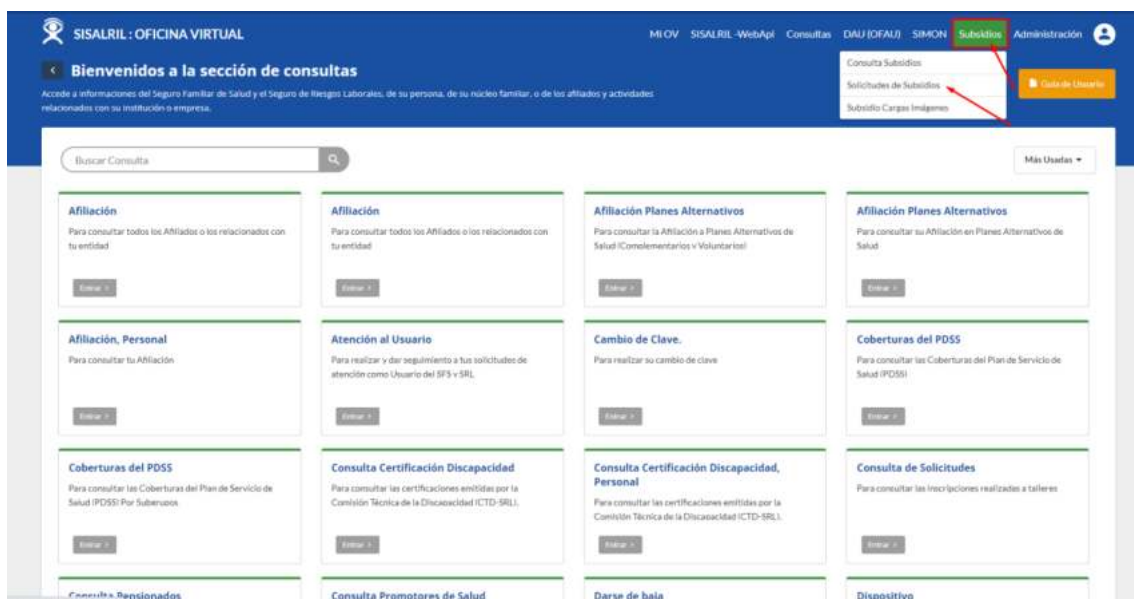
The screenshot shows a web form titled 'Cuenta Bancaria'. On the left, there is a sidebar with 'Información Personal' and 'Cuenta Bancaria' (the latter is highlighted). The main form area contains three fields: 'Tipo de cuenta' (a dropdown menu with '--Seleccione tipo de cuenta--'), 'Entidad Bancaria' (a dropdown menu with '--Seleccione entidad bancaria--'), and 'Número de cuenta' (a text input field with the placeholder 'Numero de cuenta'). At the bottom right of the form, there are two buttons: 'Guardar cambios' (a blue button) and 'Cerrar' (a white button with a grey border).

## 2. Solicitudes de Subsidios (Externos)

Para acceder a las solicitudes de subsidios, inicie sesión en la **Oficina Virtual** con el siguiente link:

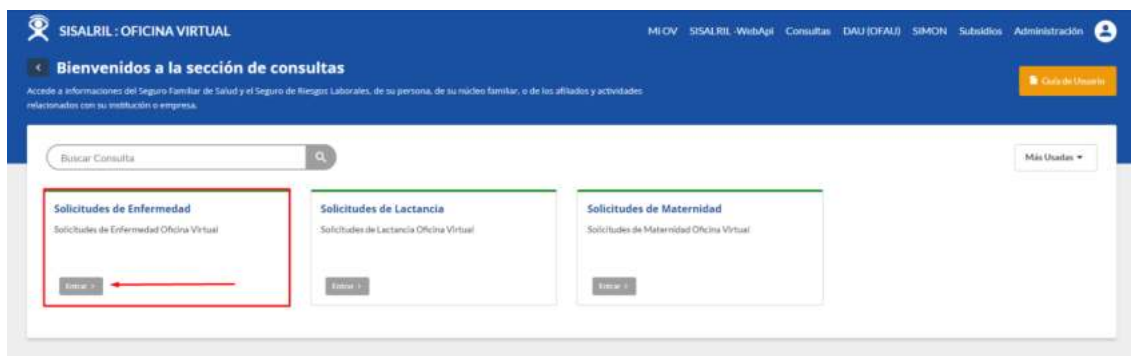
<https://virtual.sisalril.gob.do>

De clic en la opción **Subsidios**, luego en **Solicitudes de Subsidios** y cargan los subsidios que puede solicitar.



## 2.1 Solicitudes de Enfermedad

Para acceder a solicitudes de enfermedad, de clic en **Entrar**. Inmediatamente carga la pantalla para la **Solicitud de Subsidio por Enfermedad Común**.



En la pantalla principal, puede visualizar el listado de solicitudes de subsidio por enfermedad. Puede realizar diferentes funciones en esta pantalla:

- **Búsqueda de solicitud:** por número de solicitud, nombre y cédula.
- **Búsqueda por fecha de registro:** fecha inicio y fecha fin.
- **Filtrar por estado:** Todos, Registrado, Evaluación, Aprobado, Rechazado, Pagado, Cancelada, Rechazo Parcial, Evaluación Detallada, Enviada, Lactancia Sometida

- **Limpiar filtros**

Limpiar filtros

- **Cambiar cantidad de registros por página**

10  
10  
20  
30

- **Editar registros**



- **Visualizar estado de registros**

Solicitud Enviada

- **Agregar una nueva solicitud**

+ Nuevo

Buscar solicitud

**Busqueda por fecha de registro**

**Fecha inicio:**  
01/01/2023

**Fecha fin:**  
07/07/2023

**Filtrar por estado:**

Todos

Registrado

Evaluación

Aprobado

Rechazado

Pagado

Cancelada

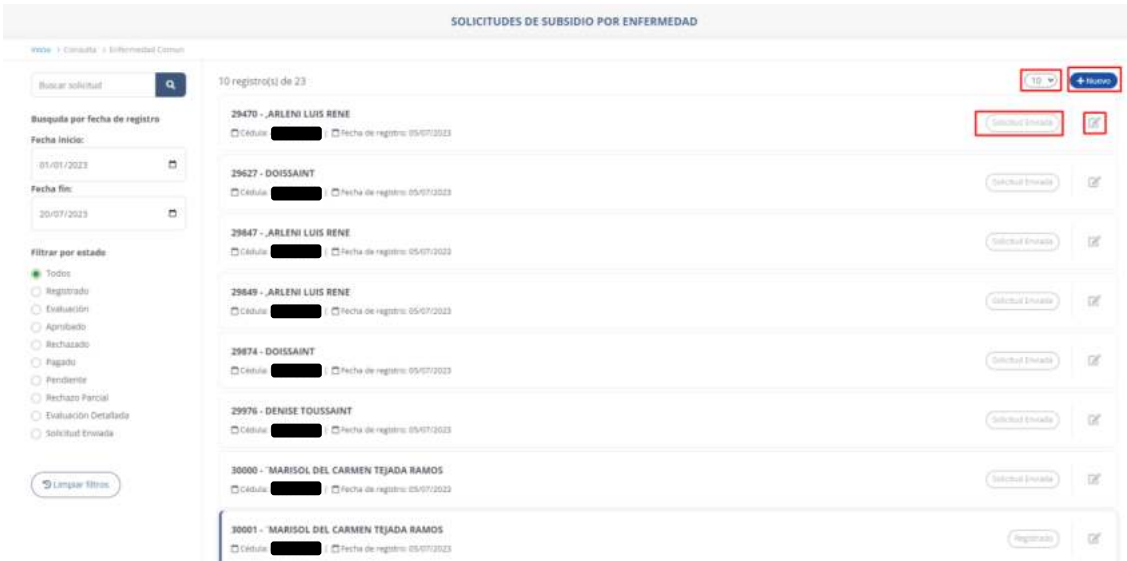
Rechazo Parcial

Evaluación Detallada

Enviada

Lactancia Sometida

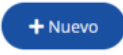
Limpiar filtros



10 registros de 23


NSS	Nombre	Fecha de registro	Acciones
29470	ARLENI LUIS RENE	05/07/2023	Seleccionar Estado
29627	DOSSAINT	05/07/2023	Seleccionar Estado
29847	ARLENI LUIS RENE	05/07/2023	Seleccionar Estado
29849	ARLENI LUIS RENE	05/07/2023	Seleccionar Estado
29874	DOSSAINT	05/07/2023	Seleccionar Estado
29976	DENISE TOUSSAINT	05/07/2023	Seleccionar Estado
30000	MARISOL DEL CARMEN TEJADA RAMOS	05/07/2023	Seleccionar Estado
30001	MARISOL DEL CARMEN TEJADA RAMOS	05/07/2023	Registrado

### 2.1.1 Agregar una nueva solicitud

Para agregar una nueva solicitud de subsidio por enfermedad, de clic en el botón  e inmediatamente, carga el formulario para dicha solicitud.



En este formulario, debe llenar los siguientes campos:

- **NSS o Cédula:** Digite el NSS o Cédula del afiliado y dé clic en el botón , que se encuentra justo al lado del campo.
- **Nombre:** En este campo se visualizará el nombre completo del afiliado asociado a la cédula registrada en el campo anterior.
- **Teléfono:** Digite el teléfono residencial del afiliado.
- **Celular:** Digite el teléfono celular del afiliado.
- **Correo Electrónico:** Digite el correo electrónico del afiliado.



**SOLICITUD DE SUBSIDIO POR ENFERMEDAD COMUN**

[Inicio](#) > [Consulta](#) > [Solicitudes Enfermedad](#) > [Registro de Enfermedad](#)

[< Regresar](#)

### Datos del Afiliado

**NSS o Cédula \***

**Nombre**

**Teléfono:**

**Celular\*:**

**Correo electrónico\*:**

### Certificado Médico

**El certificado médico, debe estar firmado y sellado por el médico tratante**

**Subir archivo \***

En el panel **Certificado Médico**, tiene la opción de cargar el certificado médico del afiliado. Solo está permitido cargar archivos en formato PDF y JPG. Siga las siguientes instrucciones para cargar el documento:

1. Dé clic en el campo **Subir Archivo** y cargará el explorador de archivos.
2. Seleccione el documento.
3. Dé clic en **Abrir** y carga el documento seleccionado.

### Certificado Médico

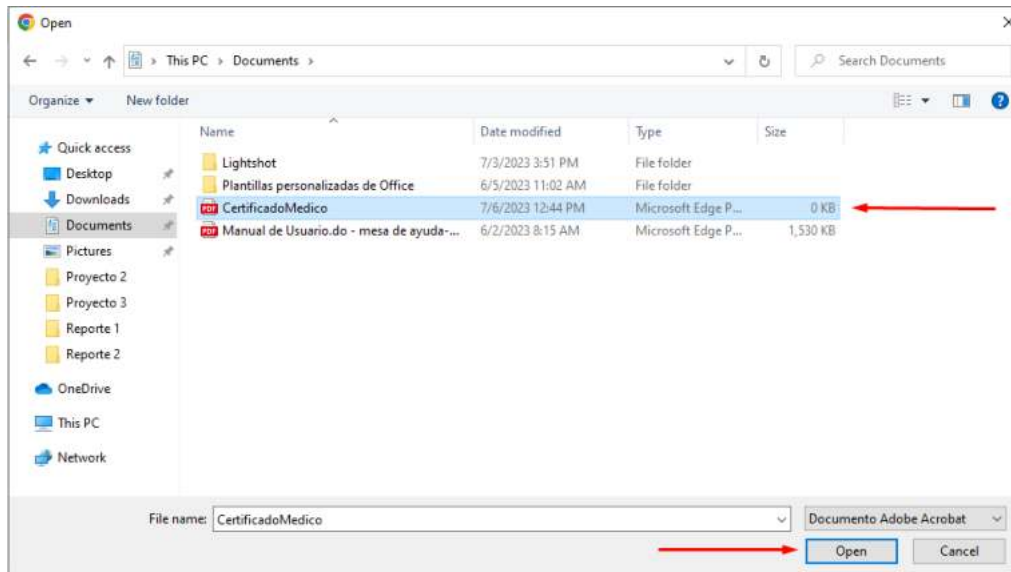
**El certificado médico, debe estar firmado y sellado por el médico tratante**

**Subir archivo \***

\*El formato del archivo debe ser en JPG o PDF.

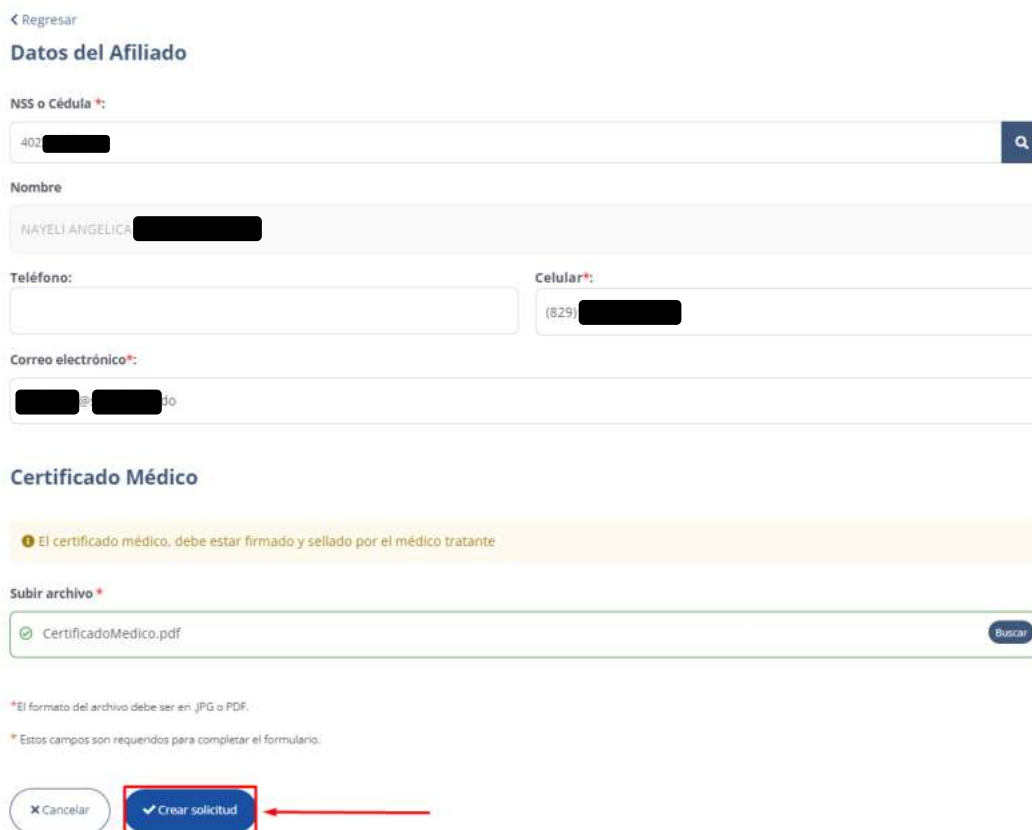
\* Estos campos son requeridos para completar el formulario.



### Certificado Médico




Cuando tenga todos los campos correctamente completados, de clic en **Crear Solicitud** para crear la solicitud.



Si desea cancelar esta solicitud, de clic en



### 2.1.2 Editar una solicitud de Enfermedad

Para editar una solicitud ya creada, en el listado de solicitudes, de clic en  y carga la siguiente pantalla:



Esta pantalla se divide en 3 subpantallas y se detallan de la siguiente manera:

1. Es el **Detalle** de la solicitud. Detalla los datos del afiliado, visualiza la fecha de registro, puede editar datos de la solicitud, ver el documento del certificado médico que adjuntó y el proceso que lleva a cabo.

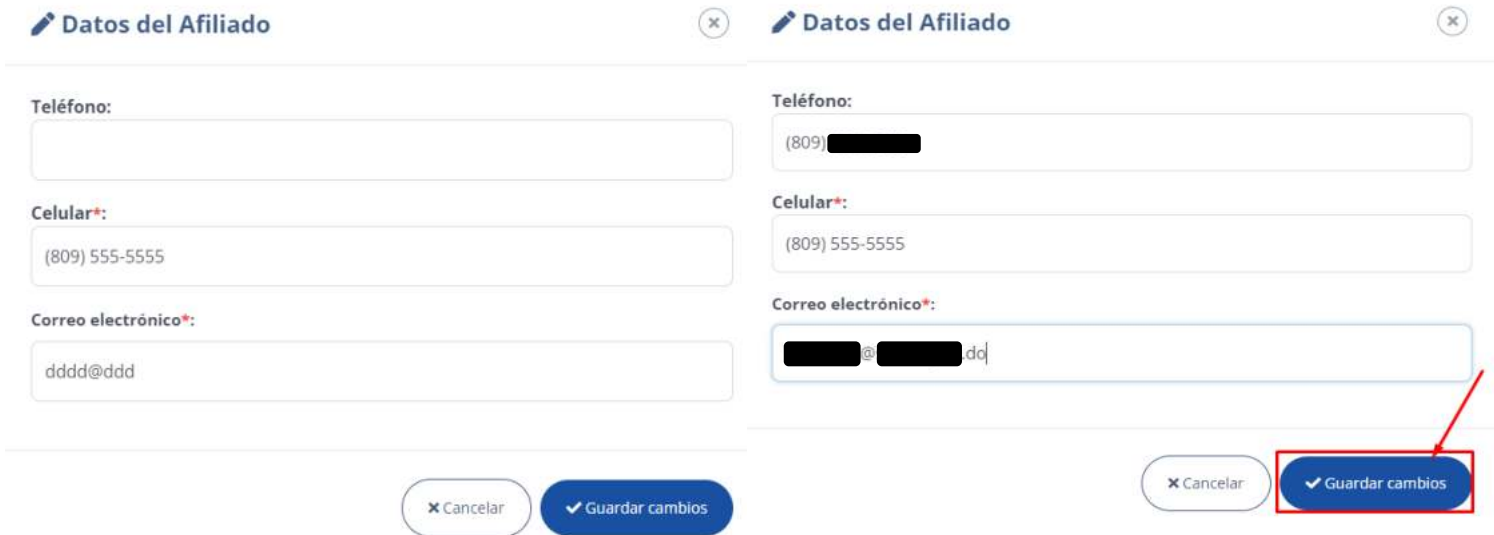


Para ver el documento que adjuntó, en certificado médico, de clic en [Ver documento](#)

Si desea editar algún dato de la solicitud, puede hacerlo dando clic en **Editar datos**.

## Editar Datos del Afiliado

Para editar los datos del afiliado, de clic en  **Editar datos** y carga el siguiente modal. Edite y de clic en  **Guardar cambios**.



The image shows two side-by-side modals titled 'Datos del Afiliado'. The left modal is the 'Editar datos' (Edit data) modal, which is empty. The right modal is the 'Guardar cambios' (Save changes) modal, which contains the following information:

- Teléfono:** (809) [REDACTED]
- Celular\*:** (809) 555-5555
- Correo electrónico\*:** [REDACTED]@[REDACTED].dd

At the bottom of the right modal, the 'Guardar cambios' button is highlighted with a red box and a red arrow pointing to it.

2. Es el **Registro de licencia**. Esta es su vista principal:






The screenshot shows the 'DETALLE SOLICITUD ENFERMEDAD COMUN' (COMMON DISEASE CLAIM DETAIL) page. The main content area displays:

- Solicitud núm. 30001 | MARISOL DEL CARMEN [REDACTED]**
- 1 - Primera Licencia (Ambulatorio)**
- Fecha Diagnóstico: 17/07/2023**

On the right side, there is an 'ACCIONES' (ACTIONS) section with a 'Nuevo Solicitud' (New Claim) button. A progress bar at the top right indicates 'Procesos 2/3 Registrados' (2/3 processes registered).

Se visualiza la solicitud de licencia que ya creó. Puede realizar varias funciones:

- **Descargar Formulario:** De clic en  para descargar el formulario de licencia con los datos que ingresó. Esto para firma del afiliado y firma y sello del empleador.
- **Cargar Formulario:** Mientras visualicemos este icono de color rojo , es porque aún no se ha cargado el formulario. De clic y cargue el formulario con los datos que ya están completos.
- **Ver detalle:** De clic en  para visualizar el detalle de la solicitud.

**Detalle de la Solicitud**

**Datos de la licencia**

Tipo	Fecha de diagnóstico	Modalidad
Primera Licencia	17/07/2023	Ambulatorio
Fecha inicio Ambulatorio	Dias Ambulatorios	
17/07/2023	5	

**Datos Afiliado y Empleador**

Datos del Afiliado

Datos del Empleador

Persona contacto:

Correo electronico:


Sucursal:

**Datos PSS y Médico**

Datos del prestador

Datos del médico

**Aceptar**

- **Editar Registro:** Para editar esta solicitud, de clic en . Carga la siguiente pantalla:

**Detalle de la Licencia**

Tipo de licencia \*:

Primera Solicitud  Renovacion

Modalidad \*:

Ambulatorio  Hospitalización  Ambas

Fecha de diagnóstico \*:

17/07/2023

Fecha inicio Ambulatorio \*:

17/07/2023

Dias Ambulatorios \*:

5

Diagnóstico \*:

Cólera

Procedimiento Realizados \*:

ddd

### Datos del trabajador(a) afiliado(a)

Teléfono\*:

(829) 999-9999

Tiempo laborando en la Empresa (en meses)\*:

5

Dirección de residencia \*:

La Altagracia x v

Sector\*:

21 DE FEBRERO, Higuey x v

Ocupación\*:

dddd

### Datos del empleador

Persona de Contacto

Correo electrónico :

Sucursal

### Datos del PSS

Nombre del PSS \*:

2 

Nombre:

UNAP. #3 FUNDACION COOBETA

Teléfono \*:

(829) 999-9999

Teléfono 2:

Correo electrónico :

Dirección \*:

Calle: ,Barrio: N/D ,Sección: DERRUMBADERO

Los campos con \* son requeridos para continuar.

### Datos del Médico

NSS o Cédula \*:

Nombre

Exequatur \*:

Teléfono consultorio \*:

Celular:

Correo electrónico\*:

Dirección del consultorio \*:

Los campos con \* son requeridos para continuar.

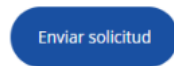


Edite y de clic en



- Es el último paso para **Someter la Solicitud**. En esta pantalla se visualiza el resumen de la solicitud, detalla los procesos completados y los que aún están incompletos. Complete los pasos necesarios antes de enviar la solicitud. Cuando

todo este completo, de clic en




DETALLE SOLICITUD ENFERMEDAD COMUN

Inicio > Consulta > Subsidios Enfermedad > Detalle solicitud

Solicitud núm. 30001 | MARISOL DEL CARMEN [REDACTED] Procesos 221 Registrados 67%

**Resumen de Solicitud**

⚠ Debe de cargar el documento en el registro de la licencia antes de someter esta solicitud

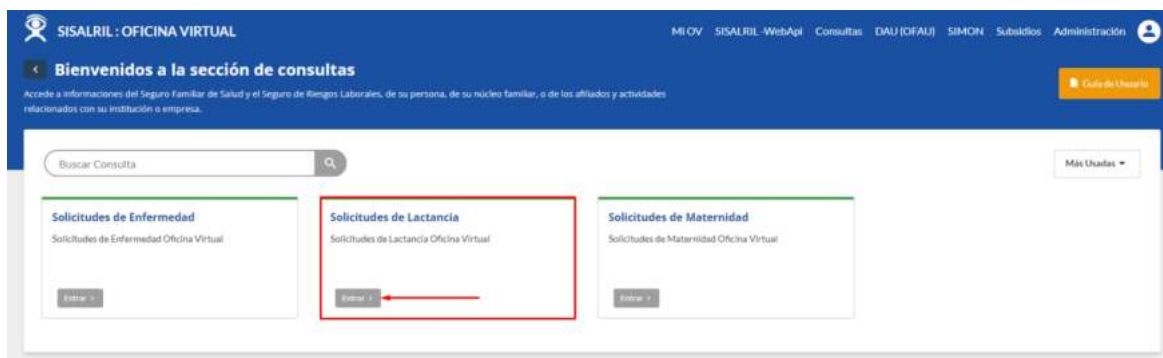
La fecha de creación de la solicitud es el 05 Jul 2023. Afiliado MARISOL DEL CARMEN TEJADA RAMOS Cédula 402 [REDACTED]

- Envío de informe de Enfermedad - **Completado**
- Registro de Licencia - **No completado**  
No. 37990 el tipo de licencia registrado es Primera Licencia Modalidad (Ambulatorio)
  - Fecha de diagnóstico: 17 Jul 2023
  - Padecimiento: 1
  - No ha cargado el documento de la Licencia
- Solicitud Envidad - **No enviada**

**Enviar solicitud**

## 2.2 Solicitudes de Lactancia

Para acceder a solicitudes de lactancia, dé clic en **Entrar**. Inmediatamente carga la pantalla para las **Solicitudes de Subsidio por Lactancia**.



En la pantalla principal, puede visualizar el listado de solicitudes de subsidio por lactancia. Puede realizar diferentes funciones en esta pantalla:

- **Búsqueda de solicitud:** por número de solicitud, nombre y cédula.
- **Búsqueda por fecha de registro:** fecha inicio y fecha fin.
- **Filtrar por estado:** Todos, Registrado, Evaluación, Aprobado, Rechazado, Pagado, Cancelada, Rechazo Parcial, Evaluación Detallada, Enviada, Lactancia Sometida

- **Limpiar filtros**

Limpiar filtros

- **Cambiar cantidad de registros por página**



- **Editar registros**



- **Visualizar estado de registros**

Registrado

- **Agregar una nueva solicitud**

+ Nuevo

Buscar solicitud

Busqueda por fecha de registro

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha fin: 07/07/2023

Filtrar por estado:

- Todos
- Registrado
- Evaluación
- Aprobado
- Rechazado
- Pagado
- Cancelada
- Rechazo Parcial
- Evaluación Detallada
- Enviada
- Lactancia Sometida

Limpiar filtros



### 2.2.1 Agregar una nueva solicitud


Para agregar una nueva solicitud de subsidio por enfermedad, de clic en el botón

 + Nuevo

e inmediatamente, carga el formulario para dicha solicitud.


En este formulario, debe llenar los siguientes campos:

#### Datos de la madre:

- **NSS o Cédula:** Digite el NSS o Cédula de la madre y de clic en el botón  que se encuentra justo al lado del campo.
- **Nombre:** En este campo se visualizará el nombre completo de la madre asociada a la cédula registrada en el campo anterior.
- **Fecha de diagnóstico:** Seleccione la fecha en la que fue diagnosticada.
- **Fecha posible de parto:** Seleccione la fecha posible de parto.
- **ARS:** Seleccione la Administradora de Riesgos de Salud a la que usted pertenece.
- **Provincia:** Seleccione la provincia en la que usted se encuentre.
- **Sector:** Seleccione el sector en el que esté viviendo.
- **Informe médico tratante:** Redacte un informe del médico con el que se está tratando.
- **Teléfono:** Digite su teléfono residencial.
- **Celular:** Digite su teléfono celular.
- **Correo electrónico:** Digite su correo electrónico.
- **¿Ha estado embarazada anteriormente?:** Seleccione si ha estado embarazada anteriormente. Si su respuesta es **Si**, indique que tipo de parto se le fue realizado (Normal o Cesárea).
- **Antecedentes médicos familiares:** Marque que parentesco familiar ha tenido algún diagnóstico de los presentados en pantalla.


## Datos la Madre


**NSS o Cédula\*:**


402 [REDACTED] 


**Nombre**


NAYELI ANGELICA MARTINEZ MORETA

**Fecha de diagnóstico\*:** 30/11/2022 

**Fecha posible de parto\*:** 18/07/2023 

**ARS\*:** ARS CMD 

**Provincia\*:** Distrito Nacional 

**Sector\*:** 16 DE AGOSTO, Distrito Nacional 

**Informe Medico Tratante:**

Teléfono:

Celular\*:


(829) [REDACTED]

**Correo electrónico\*:**

[REDACTED]@ [REDACTED].do

**Ha estado embarazada anteriormente?**

No   Si


**Tipo de parto:** Cesarea 

**Nacimientos por cesarea\*:** 1

**Antecedentes medicos familiares**

Diagnostico	Aplica	Paciente	Madre	Padre	Abuelo Paterno	Abuelo Materno	Abuela Paterna	Abuela Materna
Hipertension Arterial	No <input checked="" type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Falcermia	No <input checked="" type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Diabetes	No <input checked="" type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>

## Datos del Tutor

- **NSS o Cédula:** Digite el NSS o Cédula del tutor y de clic en el botón , que se encuentra justo al lado del campo.
- **Nombre:** En este campo se visualizará el nombre completo del tutor asociado a la cédula registrada en el campo anterior.
- **Teléfono:** Digite el teléfono residencial del tutor.
- **Celular:** Digite el teléfono celular del tutor.
- **Parentesco:** Seleccione el parentesco que tenga el tutor con la criatura.
- **Correo electrónico:** Digite el correo electrónico del tutor.

**Datos del Tutor**

NSS o Cédula \*:

40: [REDACTED]

Nombre:

JANEL AMBIORIX [REDACTED]

Teléfono:

[REDACTED]

Celular\*:

(829) [REDACTED]

Parentesco \*:

HIJO


Correo electrónico\*:

[REDACTED]@ [REDACTED].do

### Informe de maternidad

De clic en **Informe de maternidad** y abrirá una nueva pestaña con el formulario de informe de maternidad. Descargue el formulario y llene los datos.

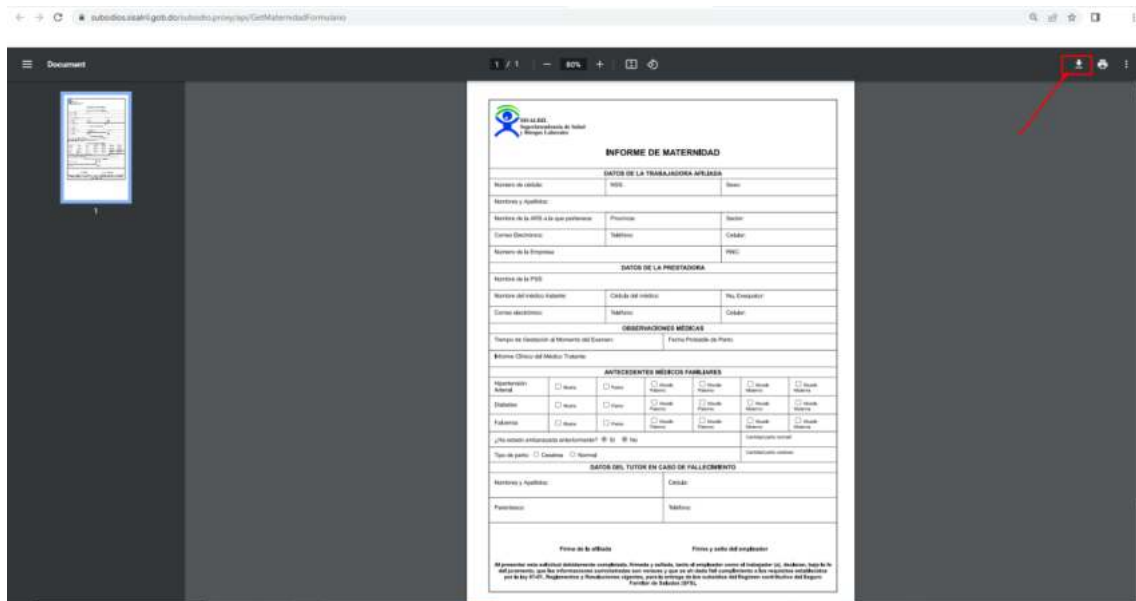
**Informe de Maternidad**

**i** Debe contar con el informe de maternidad firmado y sellado por el médico tratante para poder continuar con el registro de la solicitud. Puede encontrar dicho documento en el siguiente enlace: [Informe de maternidad](#) 

Subir archivo \*

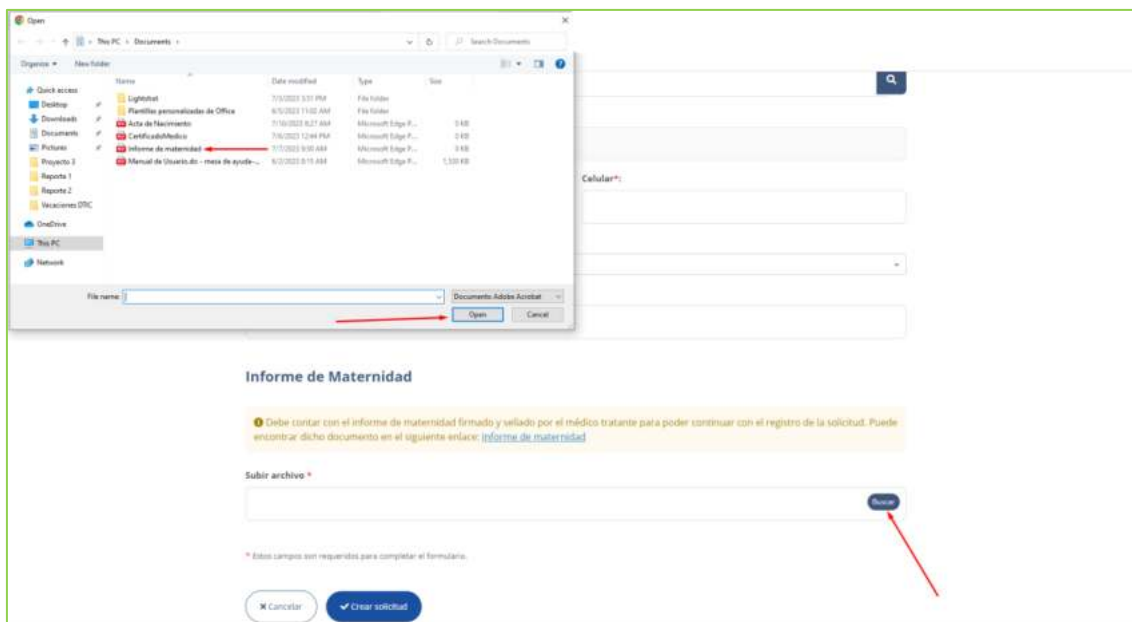
Informe de maternidad.pdf

\* Estos campos son requeridos para completar el formulario.



Ya que tenga los datos llenos, escanee el informe de maternidad y cárguelo al formulario. Solo tiene permitido cargar archivos en formato PDF y JPG. Siga las siguientes instrucciones para cargar el documento:

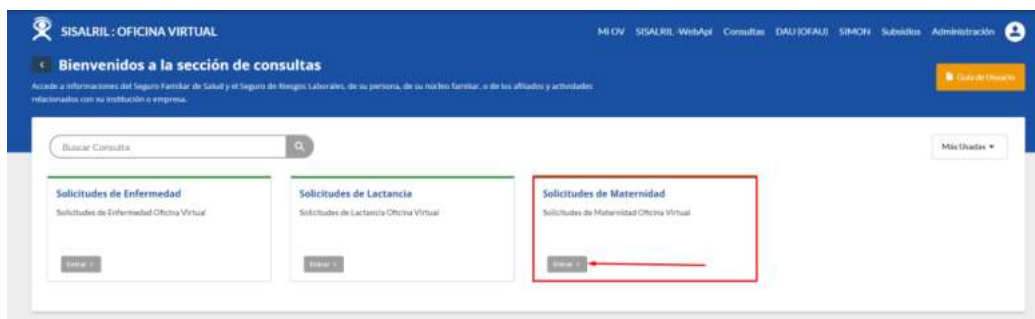
1. Dé clic en el campo **Subir Archivo** y cargará el explorador de archivos.
2. Seleccione el documento.
3. Dé clic en **Abrir** y carga el documento seleccionado.



De clic en  para crear la solicitud.

## 2.3 Solicitudes de Maternidad

Para acceder a solicitudes de maternidad, dé clic en **Entrar**. Inmediatamente carga la pantalla para la **Solicitud de Subsidio por Maternidad y Lactancia**.



En la pantalla principal, puede visualizar el listado de solicitudes de subsidio por maternidad. Puede realizar diferentes funciones en esta pantalla:

- **Búsqueda de solicitud:** por número de solicitud, nombre y cédula.
- **Búsqueda por fecha de registro:** fecha inicio y fecha fin.
- **Filtrar por estado:** Todos, Registrado, Evaluación, Aprobado, Rechazado, Pagado, Cancelada, Rechazo Parcial, Evaluación Detallada, Enviada, Lactancia Sometida

- **Limpiar filtros**



- **Cambiar cantidad de registros por página**



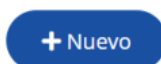
- **Editar registros**



- **Visualizar estado de registros**



- **Agregar una nueva solicitud**



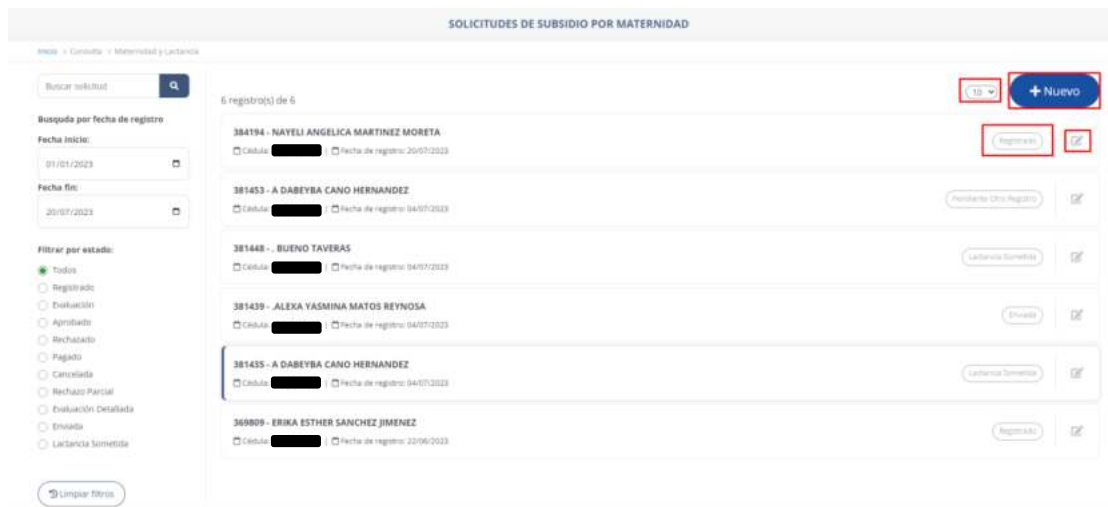
**Busqueda por fecha de registro**

**Fecha inicio:**  
01/01/2023

**Fecha fin:**  
07/07/2023

**Filtrar por estado:**

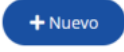
- Todos
- Registrado
- Evaluación
- Aprobado
- Rechazado
- Pagado
- Cancelada
- Rechazo Parcial
- Evaluación Detallada
- Enviada
- Lactancia Sometida



6 registros(s) de 6


Nombre	ID	Fecha de registro	Estado
38A194 - NAYELI ANGELICA MARTINEZ MORETA	██████████	20/07/2023	Registrado
381453 - A. DABEYBA CANO HERNANDEZ	██████████	04/07/2023	Pendiente Otro Registro
381448 - BUENO TAVERAS	██████████	04/07/2023	Salvancia Someteida
381439 - ALEXA YASMINA MATOS REYNOSA	██████████	04/07/2023	Enviada
381435 - A. DABEYBA CANO HERNANDEZ	██████████	04/07/2023	Salvancia Someteida
369809 - ERIKA ESTHER SANCHEZ JIMENEZ	██████████	22/06/2023	Registrado

### 2.3.1 Agregar una nueva solicitud

Para agregar una nueva solicitud de maternidad, de clic en el botón  e inmediatamente, carga el formulario para dicha solicitud.

En este formulario, debe llenar los siguientes campos:


#### Datos de la madre:

- **NSS o Cédula:** Digite el NSS o Cédula de la madre y de clic en el botón  que se encuentra justo al lado del campo.
- **Nombre:** En este campo se visualizará el nombre completo de la madre asociada a la cédula registrada en el campo anterior.
- **Fecha de diagnóstico:** Seleccione la fecha en la que fue diagnosticada.
- **Fecha posible de parto:** Seleccione la fecha posible de parto.
- **ARS:** Seleccione la Administradora de Riesgos de Salud a la que usted pertenece.
- **Provincia:** Seleccione la provincia en la que usted se encuentre.
- **Sector:** Seleccione el sector en el que esté viviendo.
- **Informe médico tratante:** Redacte un informe del médico con el que se está tratando.
- **Teléfono:** Digite su teléfono residencial.
- **Celular:** Digite su teléfono celular.
- **Correo electrónico:** Digite su correo electrónico.

- **¿Ha estado embarazada anteriormente?:** Seleccione si ha estado embarazada anteriormente. Si su respuesta es **Si**, indique que tipo de parto se le fue realizado (Normal o Cesárea).
- **Antecedentes médicos familiares:** Marque que parentesco familiar ha tenido algún diagnóstico de los presentados en pantalla.


### Datos la Madre


**NSS o Cédula \*:**


402 [REDACTED] 


**Nombre**


NAYELI ANGELICA [REDACTED]

**Fecha de diagnóstico \*:** 30/11/2022 

**Fecha posible de parto \*:** 18/07/2023 

**ARS\*:** ARS CMD 

**Provincia\*:** Distrito Nacional 

**Sector\*:** 16 DE AGOSTO, Distrito Nacional 

**Informe Medico Tratante:**

[REDACTED]


**Teléfono:** [REDACTED]

**Celular\*:** (829) [REDACTED]

**Correo electrónico\*:** n.moreta@sisalril.gob.do

**Ha estado embarazada anteriormente?**

No   Si


**Tipo de parto:** Cesarea 

**Nacimientos por cesarea\*:** 1

**Antecedentes medicos familiares**

Diagnostico	Aplica	Paciente	Madre	Padre	Abuelo Paterno	Abuelo Materno	Abuela Paterna	Abuela Materna
Hipertension Arterial	No <input checked="" type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Falцемia	No <input checked="" type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Diabetes	No <input checked="" type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>

### Datos del Tutor

- **NSS o Cédula:** Digite el NSS o Cédula del tutor y de clic en el botón , que se encuentra justo al lado del campo.

- **Nombre:** En este campo se visualizará el nombre completo del tutor asociado a la cédula registrada en el campo anterior.
- **Teléfono:** Digite el teléfono residencial del tutor.
- **Celular:** Digite el teléfono celular del tutor.
- **Parentesco:** Seleccione el parentesco que tenga el tutor con la criatura.
- **Correo electrónico:** Digite el correo electrónico del tutor.

#### Datos del Tutor

NSS o Cédula\*:

Nombre\*:

Teléfono:

Celular\*:

Parentesco\*:

Correo electrónico\*:

### Informe de maternidad

De clic en **Informe de maternidad** y abrirá una nueva pestaña con el formulario de informe de maternidad. Descargue el formulario y llene los datos.

#### Informe de Maternidad

ⓘ Debe contar con el informe de maternidad firmado y sellado por el médico tratante para poder continuar con el registro de la solicitud. Puede encontrar dicho documento en el siguiente enlace: [Informe de maternidad](#)

Subir archivo \*

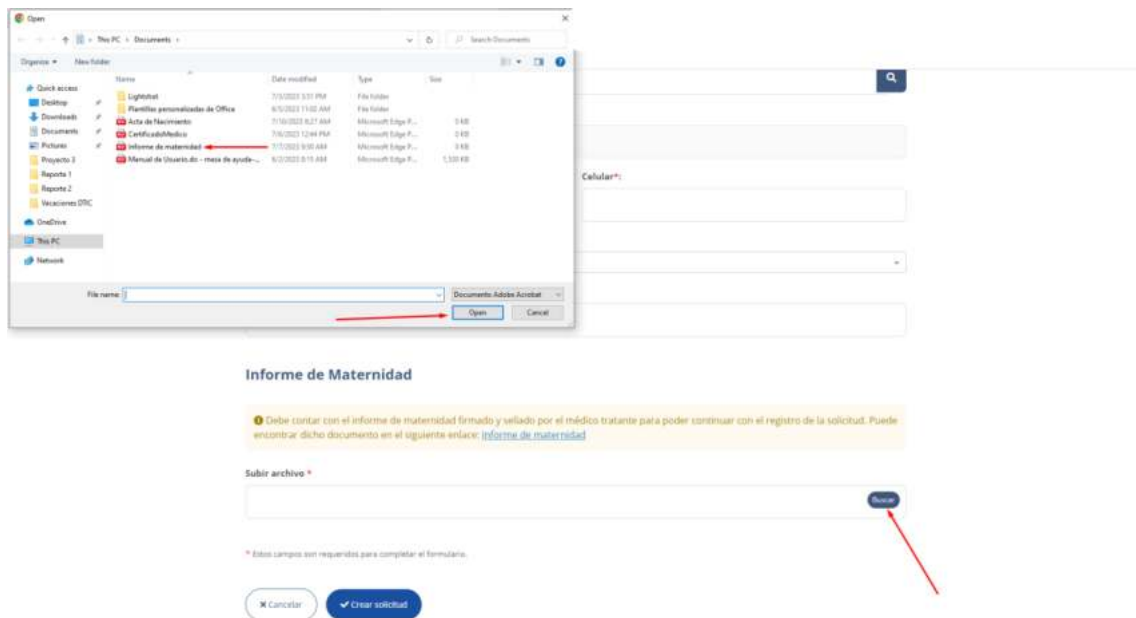
\* Estos campos son requeridos para completar el formulario.





Ya que tenga los datos llenos, escanee el informe de maternidad y cárguelo al formulario. Solo tiene permitido cargar archivos en formato PDF y JPG. Siga las siguientes instrucciones para cargar el documento:

4. Dé clic en el campo **Subir Archivo** y cargará el explorador de archivos.
5. Seleccione el documento.
6. Dé clic en **Abrir** y carga el documento seleccionado.



De clic en  para crear la solicitud.

## Informe de Maternidad

ⓘ Debe contar con el informe de maternidad firmado y sellado por el médico tratante para poder continuar con el registro de la solicitud. Puede encontrar dicho documento en el siguiente enlace: [Informe de maternidad](#)

Subir archivo \*

Buscar


Informe de maternidad.pdf

\* Estos campos son requeridos para completar el formulario.

Para cancelar la Solicitud, de clic en



### 2.3.2 Editar una solicitud

Para editar una solicitud ya creada, en el listado de solicitudes, de clic en  y carga la siguiente pantalla:

DETALLE SOLICITUD MATERNIDAD Y LACTANCIA

Inicio > Consulta > Subsidios maternidad y lactancia > Detalle solicitud

Detalle de solicitud ← Solicitud núm. 384194 | NAYELI ANGELICA MARTINEZ MORETA Proceso 100% Registrado 17%

**Datos de la Madre** Editar datos

Cédula	Fecha posible de parto	Fecha de diagnóstico
402 [REDACTED]	01 Jul, 2023	01 nov, 2022
Teléfono residencial	Celular	Correo electrónico
[REDACTED]	829- [REDACTED]	[REDACTED]@ [REDACTED].do
Fecha de creación	Informe maternidad	
20 Jul 2023	<a href="#">Ver documento</a>	

**Datos del Tutor** Editar datos

Cédula	Nombre	Parentesco
402 [REDACTED]	[REDACTED]	PADRE
Teléfono residencial	Celular	Correo electrónico
[REDACTED]	829- [REDACTED]	[REDACTED]@ [REDACTED].do

Esta pantalla se divide en 4 subpantallas y se detallan de la siguiente manera:

1. Es el **Detalle** de la solicitud. Detalla los datos de la madre y del tutor, visualiza la fecha de registro, puede editar datos de la solicitud, ver el informe de maternidad que adjuntó y el proceso que lleva a cabo.

DETALLE SOLICITUD MATERNIDAD Y LACTANCIA

Inicio > Consulta > Solicitudes maternidad y lactancia > Detalle solicitud

**Detalle de solicitud** Proceso: 100% Registrado 17%

**Solicitud núm. 384194 | NAYELI**

**Datos de la Madre**

Cédula 402 [REDACTED]	Fecha posible de parto 01 Jul, 2023	Fecha de diagnóstico 01 Nov, 2022
Teléfono residencial	Celular 829 [REDACTED]	Correo electrónico [REDACTED]
Fecha de creación 20 Jul 2023	Informe maternidad <a href="#">Ver documento</a>	

**Datos del Tutor**

Cédula 402 [REDACTED]	Nombre ARNETT JOSE JIMENEZ MORENO	Parentesco PADRE
Teléfono residencial	Celular 829 [REDACTED]	Correo electrónico [REDACTED]

Para ver el documento que adjuntó, en informe maternidad, de clic en [Ver documento](#)

Si desea editar algún dato de la solicitud, puede hacerlo dando clic en **Editar datos**.

### Editar los Datos de la Madre:

Para editar los datos de la madre, de clic en **Editar datos** y carga el siguiente modal. Edite y de clic en **Guardar cambios**.

**Datos de la Madre** ✕

Teléfono:

Celular\*:

Correo electrónico\*:

**Datos de la Madre** ✕

Teléfono:

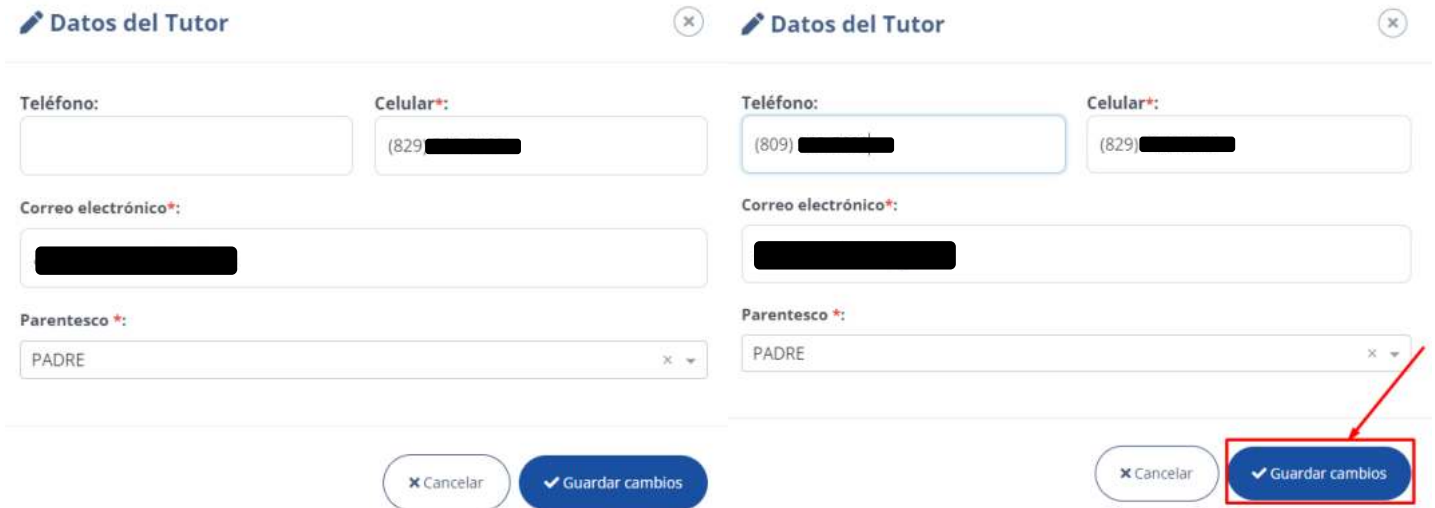
Celular\*:

Correo electrónico\*:

**Cancelar** **Guardar cambios** **Cancelar** **Guardar cambios**

### Editar Datos del Tutor:

Para editar los datos del tutor, de clic en  Editar datos y carga el siguiente modal. Edite y de clic en .



2. Es el **Registro de licencia**. Si no ha registrado ninguna licencia, de clic en **Registrar licencia**.



Carga un formulario donde se completarán los siguientes campos:

## Detalle de la licencia

### Detalle de la Licencia

Tipo de licencia\*:

Pre-Natal  Post-Natal

Fecha de posible parto\*:

28/07/2023

Semanas de embarazo\*:

26

Inicio de licencia\*:

25/07/2023

Tiempo de licencia:

98

Diagnóstico principal\*:

Embarazo

- **Tipo de licencia:** Pre-Natal o Post-Natal
- **Fecha de posible parto:** Si el tipo de licencia es Pre-Natal, seleccione la fecha de posible parto.
- **Semanas de embarazo:** Si el tipo de licencia es Pre-Natal, digite las semanas de embarazo.
- **Fecha de parto:** Si el tipo de licencia es Post-Natal, seleccione la fecha de parto.
- **Inicio de licencia:** Seleccione la fecha en la cual iniciará su licencia.

## Datos del PSS

### Datos del PSS

Nombre del PSS:


Nombre:

Teléfono:

Teléfono 2:

Correo electrónico:

Dirección:

- **Nombre del PSS:** De clic en el icono  para buscar en el listado de Prestadoras de Servicios de Salud. Al dar clic, se visualizará el listado, busque, seleccione la prestadora a la pertenece y de clic en **Aceptar**. En el campo se visualizará el número de posición en la que se encuentra la prestadora en la lista

**Listado Prestadoras**

Buscar datos

10

1 - UNAP. DERRUMBADERO - Cédula:	<input checked="" type="checkbox"/>
2 - UNAP. #3 FUNDACION COOBETA - Cédula: 12031	<input type="checkbox"/>
3 - UNAP. #1 LOMA EN MEDIO - Cédula: 11111111111	<input type="checkbox"/>
4 - UNAP. 4 - Cédula: 000000000	<input type="checkbox"/>
5 - FUNDACION CAOBITAS, FONAP, UNAP-5 - Cédula: 000000000	<input type="checkbox"/>
6 - CLINICA DENTAL DRA. JOSEFA RODRIGUEZ - Cédula: 000000000	<input type="checkbox"/>
7 - FONAP LOS GUINEOS - Cédula: 000000000	<input type="checkbox"/>
8 - FONAP HONDO VALLE - Cédula:	<input type="checkbox"/>
9 - CONSULTORIO DENTAL DRA. NANCY - Cédula: 000000000	<input type="checkbox"/>

Nombre del PSS:


1

Nombre:

UNAP. DERRUMBADERO

- **Nombre:** En este campo se visualizará el nombre completo de la prestadora que seleccionó en el campo anterior.
- **Teléfono:** Digite el teléfono de la prestadora de salud.
- **Teléfono 2:** Digite si es necesario un segundo teléfono de la prestadora de salud.
- **Correo electrónico:** Digite el correo electrónico de la prestadora de salud.
- **Dirección:** Se visualiza automáticamente la dirección de la prestadora que selecciono en el campo Nombre del PSS.

### Datos del médico

- **Nombre del PSS:** Digite el NSS o Cédula del médico y de clic en el botón , que se encuentra justo al lado del campo.
- **Nombre:** En este campo se visualizará el nombre completo del médico asociado a la cédula registrada en el campo anterior.
- **Exequatur:** Digite el exequatur del médico.
- **Teléfono consultorio:** Digite el teléfono del consultorio del médico.
- **Celular:** Digite el teléfono celular del médico.

- **Correo electrónico:** Digite el correo electrónico del médico.
- **Dirección del consultorio:** Digite la dirección donde se encuentra ubicado el consultorio del médico.

### Datos del Médico

**NSS o Cédula \*:**

**Nombre**  **Exequatur \*:**

**Teléfono consultorio \*:**  **Celular:**

**Correo electrónico:**

**Dirección del consultorio \*:**

Los campos con \* son requeridos para continuar.

### Certificado Médico

Adjunte el certificado médico firmado y sellado por el médico tratante.

### Certificado Médico

 El certificado médico, debe estar firmado y sellado por el médico tratante

**Subir archivo \***

\*El formato del archivo debe ser en JPG o PDF.

De clic en **Crear Solicitud** para crear la solicitud de licencia

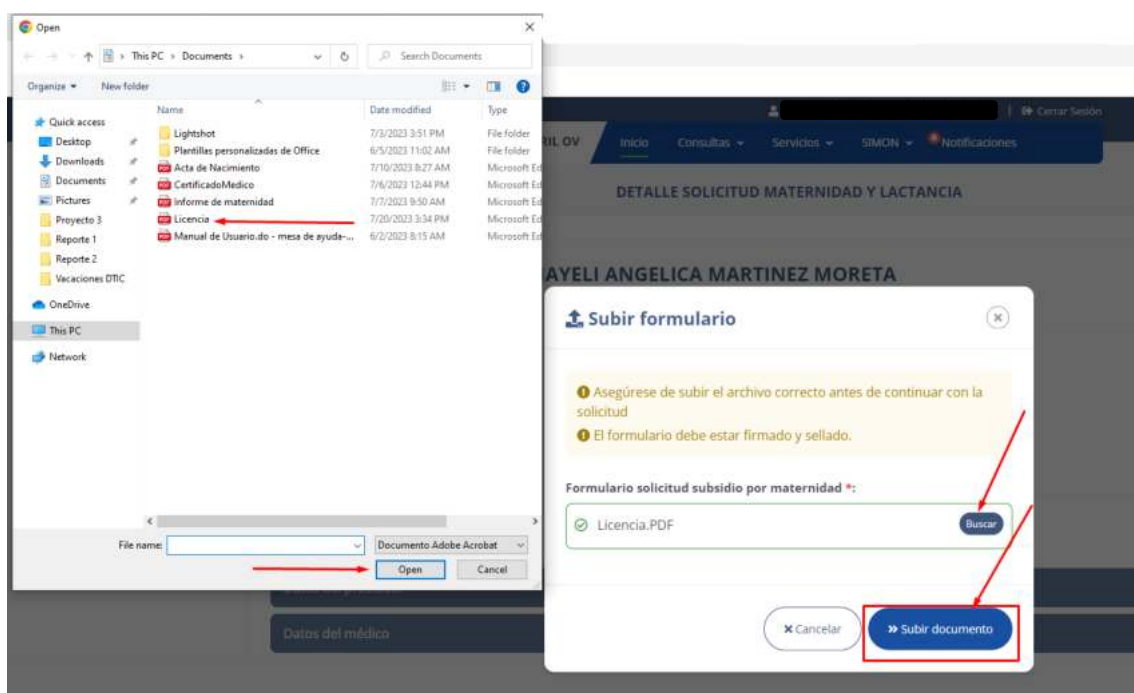




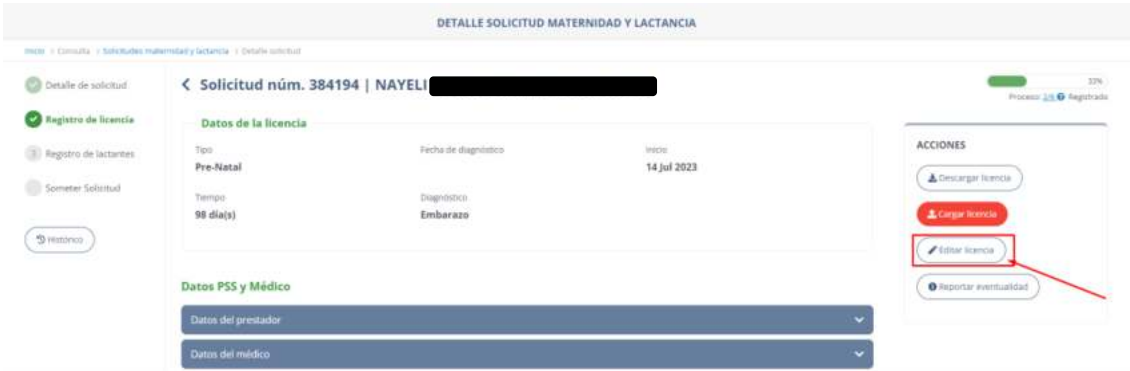
Este es el detalle de la licencia que se acaba de registrar. De clic en **Descargar Licencia** para descargar la licencia.



De clic en **Cargar licencia** para adjuntar la licencia con la firma del afiliado y firma y sello del empleador.



Si desea editar la licencia, de clic en **Editar licencia**



DETALLE SOLICITUD MATERNIDAD Y LACTANCIA

Inicio > Consulta > Subsidios maternidad y lactancia > Detalle solicitud

Detalle de solicitud

**Solicitud núm. 384194 | NAYELI**

33% Proceso 2/3 Registrado

**Datos de la licencia**

Tipo	Fecha de diagnóstico	Inicio
Pre-Natal		14 Jul 2023
Tempo	Diagnóstico	
98 día(s)	Embarazo	

**Datos PSS y Médico**

Datos del prestador

Datos del médico

**ACCIONES**

- Descargar licencia
- Cargar licencia
- Editar licencia**
- Reportar eventualidad

Para reportar una eventualidad, de clic en **Reportar eventualidad** y llene los siguientes campos:



DETALLE SOLICITUD MATERNIDAD Y LACTANCIA

Inicio > Consulta > Subsidios maternidad y lactancia > Detalle solicitud

Detalle de solicitud

**Solicitud núm. 384194 | NAYELI**

33% Proceso 2/3 Registrado

**Datos de la licencia**

Tipo	Fecha de diagnóstico	Inicio
Pre-Natal		14 Jul 2023
Tempo	Diagnóstico	
98 día(s)	Embarazo	

**Datos PSS y Médico**

Datos del prestador

Datos del médico

**ACCIONES**

- Descargar licencia
- Cargar licencia
- Editar licencia
- Reportar eventualidad**

- **Tipo:** Seleccione el tipo de eventualidad, Fallecimiento o Perdida de embarazo.
- **Fecha de eventualidad:** Seleccione la fecha de la eventualidad.
- **Acta de defunción:** Si la eventualidad es de tipo Fallecimiento, cargue el acta de defunción.
- **Reporte médico:** Si la eventualidad es de tipo Perdida de embarazo, cargue el reporte médico.

De clic en **Reportar** para reportar la eventualidad.

**! Reportar Eventualidad**
✕

---

**Tipo \*:**

✓ Fallecimiento

Perdida de embarazo

**Fecha de eventualidad \*:**

📅


**Acta de defunción \*:**

Buscar

---

✕ Cancelar
✓ Reportar

3. Es el **Registro de Lactantes**. Para registrar un lactante de clic en **Registrar lactante** y carga un modal.



En este modal, complete los siguientes campos:

- **Sexo:** Seleccione el sexo del lactante
- **NUI:** Digite el NUI del lactante.
- **Nombre:** Digite el/los nombres del lactante.
- **Apellido:** Digite el/los apellidos del lactante.

- **Fecha de nacimiento:** Seleccione la fecha de nacimiento del lactante.
- **Acta de nacimiento:** Cargue el acta de nacimiento del lactante.

**Nuevo Lactante** ✕

**Sexo \*:**

Femenino  Masculino

**NUI \*:**

402- [REDACTED]

**Nombre \*:**

Cristal

**Apellido \*:**

Mendez

**Fecha de nacimiento \*:**

10/02/2020 📅

**Acta de nacimiento \*:**

Acta de Nacimiento.PDF Buscar

✕ Cancelar ✕ Registrar


Siga las siguientes instrucciones para cargar el documento:

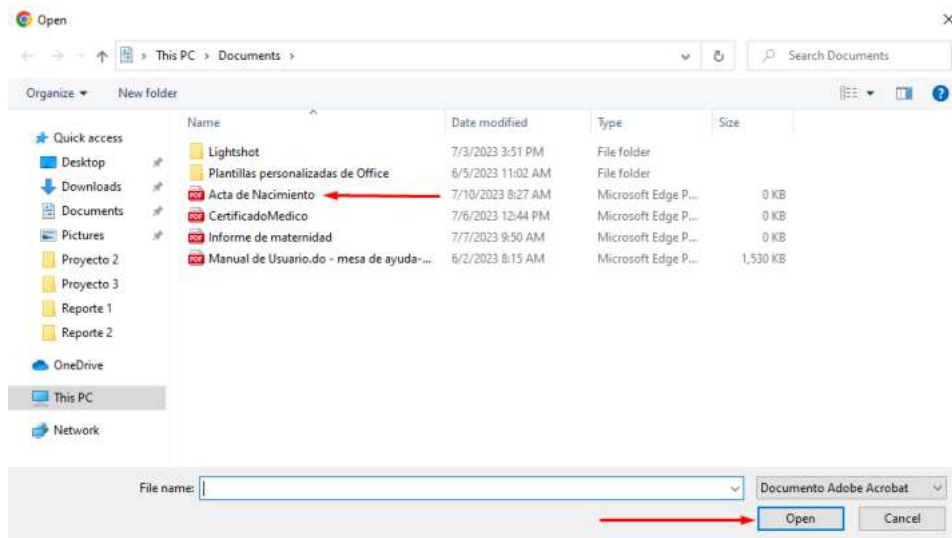
1. Dé clic en el campo **Subir Archivo** y cargará el explorador de archivos.
2. Seleccione el documento.
3. Dé clic en **Abrir** y carga el documento seleccionado.

**Acta de nacimiento \*:**

[Empty field] Buscar

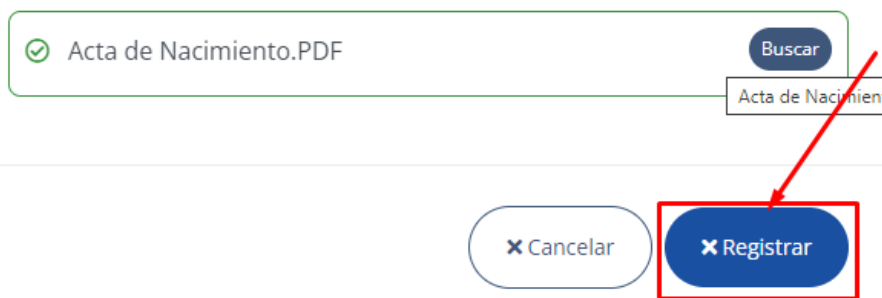
✕ Cancelar ✕ Registrar

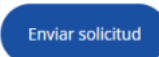




De clic en **Registrar**, para registrar la lactancia.

Acta de nacimiento \*:

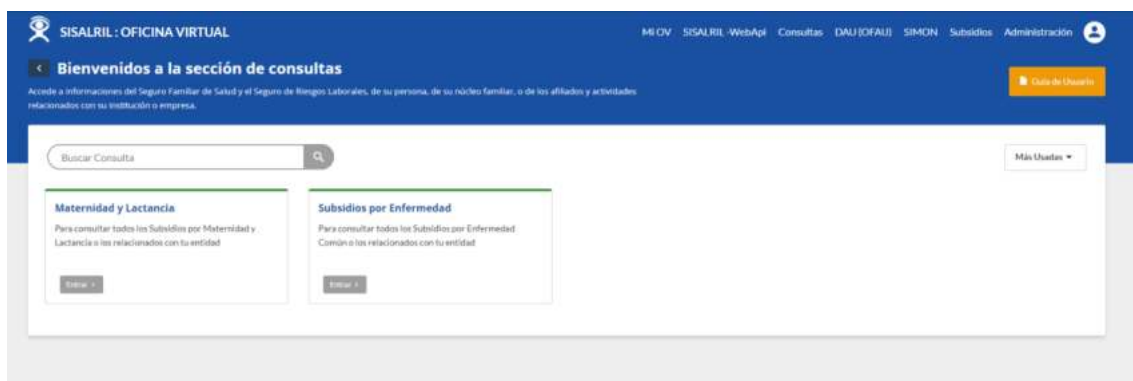
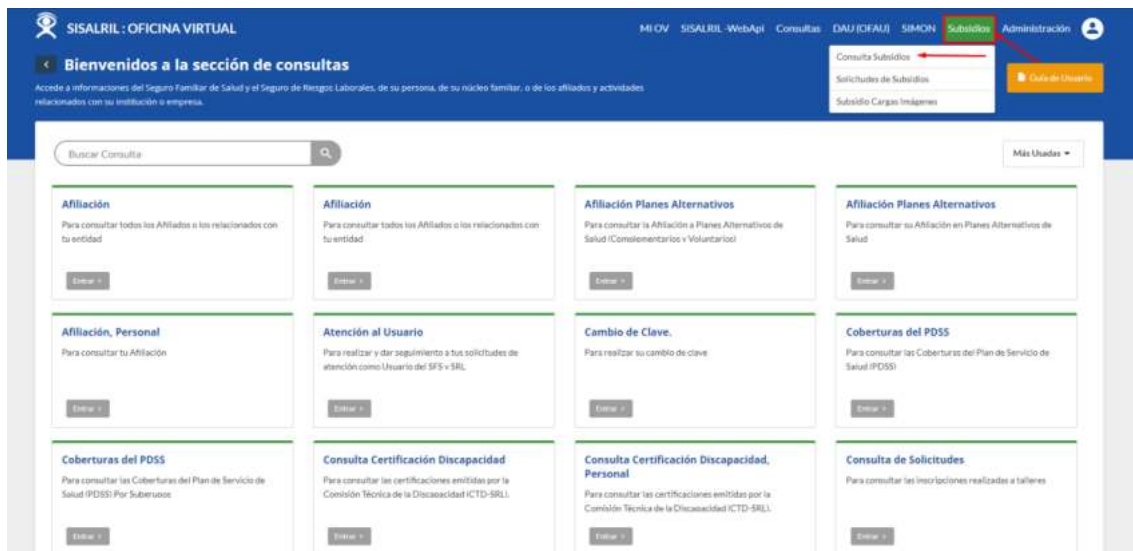


1. Es el último paso para **Someter la Solicitud**. En esta pantalla se visualiza el resumen de la solicitud, detalla los procesos completados y los que aún están incompletos. Complete los pasos necesarios antes de enviar la solicitud. Cuando todo esté completo, de clic en 



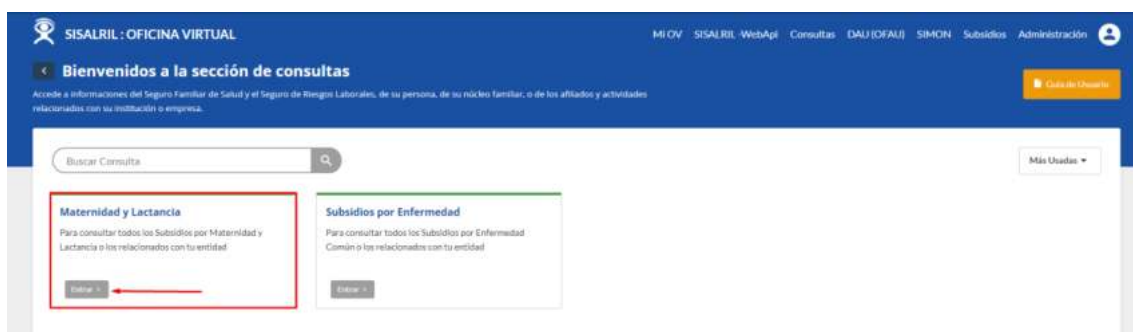
### 3. Consulta Subsidios


En la **Oficina Virtual** puede consultar solicitudes de subsidios ya realizadas. Para consultar una solicitud, de clic en la opción **Subsidios** → **Consulta Subsidios** y carga la pantalla para consultar solicitudes.

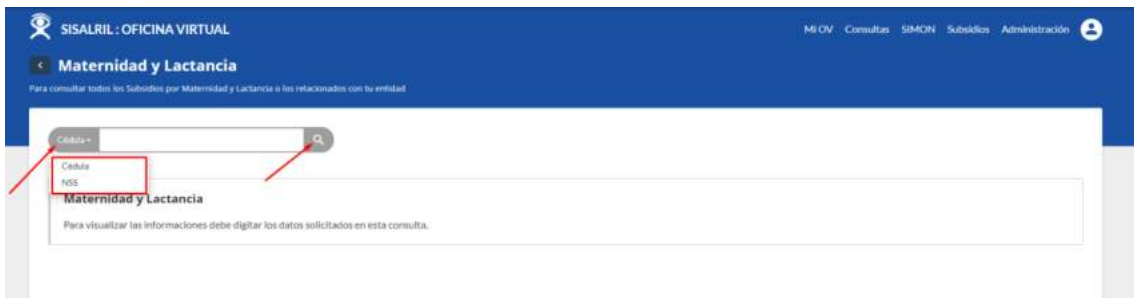


#### 3.1 Consultar Solicitudes de Maternidad y Lactancia

Para consultar solicitudes de Maternidad y Lactancia, de clic en **Entrar**.

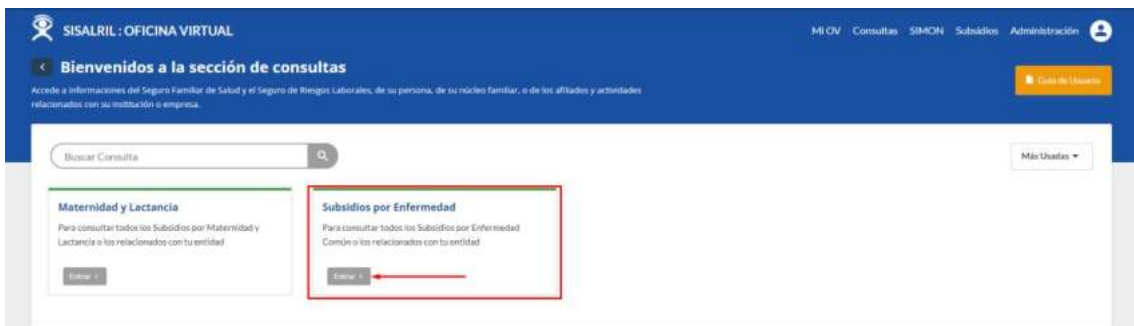



Puede filtrar por Cédula o NSS. Seleccione por cuál de las dos desea consultar y de clic en buscar  .



### 3.2 Consultar Solicitudes por Enfermedad

Para consultar solicitudes por Enfermedad, de clic en **Entrar**.



Puede filtrar por Cédula o NSS. Seleccione por cuál de las dos desea consultar y de clic en buscar  .

