

Para solicitar **"Subsidios"** el primer requisito es registrarse en nuestra Oficina Virtual y adquirir el rol de **Usuario Principal**, los cuales se muestran en el siguiente video:

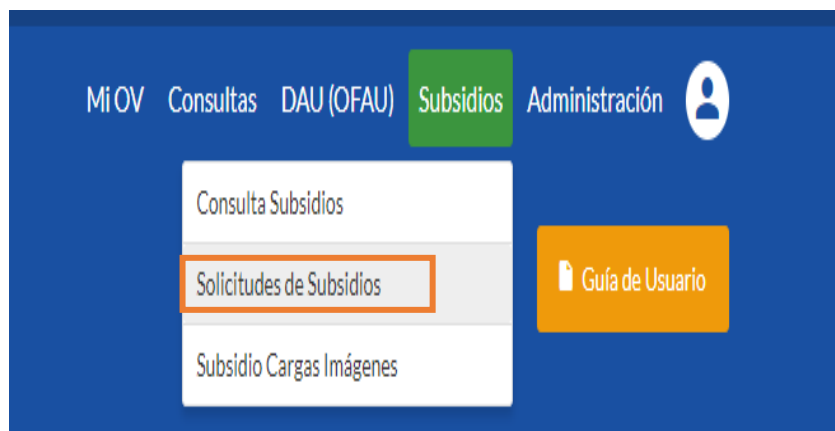
[HTTPS://YOUTU.BE/ZL9XOYDY6VO](https://youtu.be/zl9xoydy6vo)

Una vez registrado y con rol de Usuario Principal, tendrá el acceso a reportar las solicitudes de Subsidios.

INSTRUCTIVO PARA EL REGISTRO DE SOLICITUDES DE SUBSIDIOS VÍA OFICINA VIRTUAL

Subsidio por Enfermedad Común:

1. Seleccionar la opción **"Subsidios"** y dar Clic a **"Solicitudes de Subsidios"** para crear una nueva solicitud.



2. Seleccionar el tipo de Subsidio y dar clic a **“Entrar”** para crear una nueva solicitud.



3. Cuando ingresa al módulo de Subsidios por Enfermedad Común, el sistema le presentará el listado de solicitudes registradas por su entidad. Para crear una nueva solicitud, debe dar clic al recuadro en azul con el signo de **(+Nuevo)** ubicado en la parte superior derecha.



4. Completar los datos del afiliado y cargar el certificado médico firmado y sellado por el médico tratante en formato JPG o PDF, dar clic a "Crear solicitud".

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

i 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.

5. Una vez creada la solicitud, podrá visualizar la información digitada del afiliado, el progreso de la solicitud y la fecha en la cual se registró.
Nota: Este no es el registro definitivo de la solicitud, este es el paso No.1 de los 3 necesarios para el registro.

DETALLE SOLICITUD ENFERMEDAD COMUN

Inicio > Consulta > Solicitudes Enfermedad > Detalle solicitud

- ✔ **Detalle de solicitud**
- 2 Registro de licencia
- 3 Someter Solicitud

↻ Histórico

← Solicitud núm. 30330 | 33%

Datos del Afiliado ✎ Editar datos

Cédula	Teléfono residencial	Celular
XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	809-555-5555
Correo electrónico		
none@hotmail.com		

Informe Enfermedad

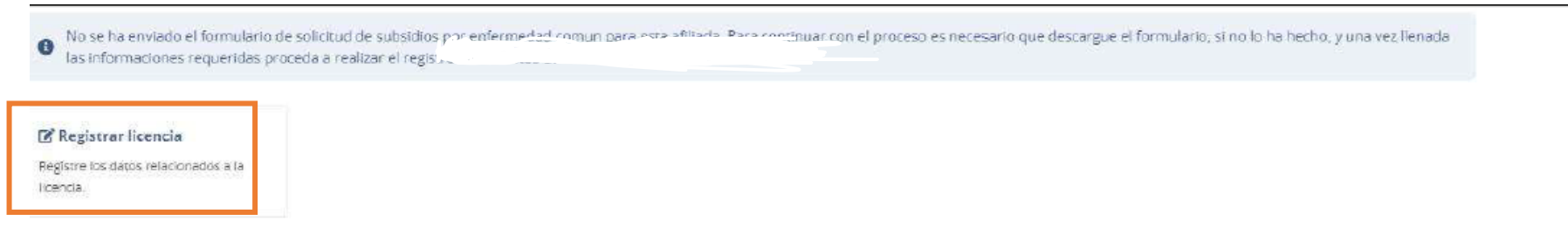
[📄 Ver documento](#)

Proceso: 1/3 Registrad

Fecha de registro

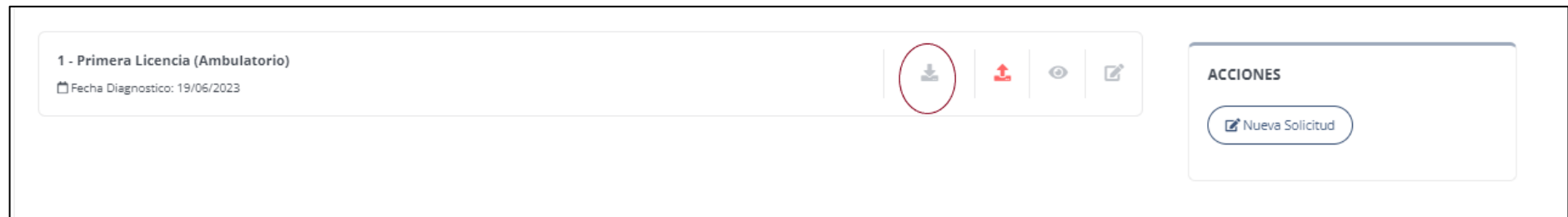
23 Feb 2023

6. Para descargar el formulario, hacer clic en el punto #2 "Registro de licencia".



En este paso se procede a completar los campos para pasar a debe de descargar el formulario (el mismo, estará completado con todos los datos previamente digitado en el registro de licencia).

Para descargar el formulario debe dar click en la flecha que está hacia abajo (se pone de color amarillo si se detiene encima de la misma).



Una vez impreso, el afiliado lo firma y el empleador lo sella. Luego, se escanea el documento y se procede a cargarlo en la flecha que está hacia arriba (se pone roja si se detiene encima de ella).

Subir formulario

Asegúrese de subir el archivo correcto antes de continuar con la solicitud.

El formulario debe estar firmado y sellado.

Formulario solicitud subsidio por enfermedad comun *:

Buscar

Cancelar Continuar

7. Hacer clic en “**Crear Licencia**” para enviar la solicitud.

64493197@gmail.com

Dirección del consultorio *:

dw

Los campos con * son requeridos para continuar.

Cancelar Crear licencia

8. Para enviar la solicitud a SISALRIL, debe dar clic a “**Someter Solicitud**” y el sistema le dará el resumen de la licencia a someter.

DETALLE SOLICITUD ENFERMEDAD COMUN

[Inicio](#) > [Consulta](#) > [Solicitudes Enfermedad](#) > [Detalle solicitud](#)

- ✓ Detalle de solicitud
- ✓ Registro de licencia
- 3 **Someter Solicitud**

Historico

← Solicitud núm. 303 :

67%

Proceso: [2/3](#) Registrado

Resumen de Solicitud

La fecha de creación de la solicitud es el **13 Feb 2023**. Afir. de la solicitud es **13 Feb 2023**.

- 1. Envío de informe de Enfermedad - Completado**
- 2. Registro de Licencia - Completado**
No. **30303** el tipo de licencia registrado es **Primera Licencia Modalidad (Ambulatorio)**
 - Fecha de diagnóstico: 13 Feb 2023
 - Padecimiento:
- 3. Solicitud Envidad - No enviada**

Enviar solicitud

Subsidio por Maternidad y Lactancia:

1. Antes de completar los datos, debe imprimir el Informe de Maternidad el cual está ubicado en la parte final del módulo de registro. (ver mensaje en amarillo)

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 *

Buscar

* Estos campos son requeridos para completar el formulario.

2. Digitar los datos contenidos en dicho informe de forma digital y cargar el documento.

SOLICITUD DE SUBSIDIO POR MATERNIDAD Y LACTANCIA

[Inicio](#) > [Consulta](#) > [Solicitudes de Maternidad](#) > [Registro de maternidad](#)

[← Regresar](#)

Datos la Madre

NSS o Cédula*:

Este campo es requerido.Q

Nombre:

Fecha de diagnóstico*:

🗓

Fecha posible de parto*:

🗓

ARS*:

Provincia*:

Sector*:

Informe Medico Tratante:

Teléfono:

Celular*:

Correo electrónico*:

Ha estado embarazada anteriormente?

Antecedentes medicos familiares

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

Datos del Tutor

NSS o Cédula*:

Q

Nombre*:


Teléfono:

Celular*:

Parentesco*:

Correo electrónico*:

3. Una vez completado el informe y la afiliada haya iniciado su proceso de licencia por maternidad, hacer clic en “**Registrar licencia**” y descargar el formulario pre post natal.

 <p style="text-align: center;">FORMULARIO DE SOLICITUD DE SUBSIDIO POR MATERNIDAD</p>		
DATOS DE LA TRABAJADORA AFILIADA		
Número de cédula: <input type="text"/>	NSS: <input type="text"/>	Sexo: F
Nombres y Apellidos: <input type="text"/>		
Ocupación:	Tiempo laborando en la Empresa:	
DATOS DEL EMPLEADOR		
Nombre de la Empresa:	RNC:	Registro Patronal:
Tipo de Empresa:	Teléfono:	
Dirección de la Empresa:		
Correo Electrónico:	Persona de Contacto:	Teléfono:
DETALLE DE LA LICENCIA		
Fecha de la Licencia:	Tipo de Licencia:	
Cantidad de Lactantes:		
DETALLE DE LACTANTES		
Nombres y Apellidos	Sexo	NUI
Firma de la afiliada		Firma y sello del empleador
<p style="font-size: small;">Al presentar esta solicitud debidamente completada, firmada y sellada, tanto el empleador como el trabajador (a), declaran, bajo la fe del juramento, que las informaciones suministradas son veraces y que se ha dado fiel cumplimiento a los requisitos establecidos por la ley 87-01, Reglamentos y Resoluciones vigentes, para la entrega de los subsidios del Regimen contributivo del Seguro Familiar de Salud (SFS).</p>		

[Inicio](#) > [Consulta](#) > [Solicitudes maternidad y lactancia](#) > [Detalle solicitud](#) > Registro subsidio

Detalle de la Licencia

Tipo de licencia*:

Pre-Natal

Post-Natal

Inicio de licencia *:

dd/mm/aaaa



Tiempo de licencia:

98

Diagnóstico principal *:

Embarazo

Datos del PSS

Nombre del PSS:

Buscar por RNC o Cedula



Nombre:

Teléfono:

Teléfono 2:

Correo electrónico:

Dirección:

Datos del Médico

NSS o Cédula *:



Nombre

Exequatur *:

Teléfono consultorio *:

Celular:

Correo electrónico*:

Dirección del consultorio *:

Los campos con * son requeridos para continuar.

✕ Cancelar

✓ Crear solicitud

6. Una vez registrado el lactante hacer clic en “**Someter Lactantes**” para enviar la solicitud de lactancia a la SISALRIL.

Inicio > Consulta > Solicitudes maternidad y lactancia > Detalle solicitud

Detalle de solicitud
Registro de licencia
Registro de lactantes
Histórico

Solicitud núm. 5

Proceso: 4/6 Enviada 67%

+ Nuevo

Josefina landestoy (Femenino)
Fecha de nacimiento: 01/12/2022 | Acta de nacimiento: [Ver documento](#)

Someter lactantes

7. Al Hacer Clic en “**Histórico**” donde podrá dar seguimiento y consultar la solicitud.

Histórico

- 13 feb, 2023**
 - 02:50 p. m. Registrar Solicitud
Realizado por: [anvasquez@bpd.com.do](#)
- 17 feb, 2023**
 - 09:07 a. m. Registrar Lactante josefina landestoy
Realizado por: [anvasquez@bpd.com.do](#)
 - 09:08 a. m. Registrar Licencia
Realizado por: [anvasquez@bpd.com.do](#)
 - 09:08 a. m. Someter Solicitud
Realizado por: [anvasquez@bpd.com.do](#)
- 28 feb, 2023**
 - 03:28 p. m. Someter Lactantes
Realizado por: [anvasquez@bpd.com.do](#)
 - 03:28 p. m. Someter Lactantes
Realizado por: [anvasquez@bpd.com.do](#)