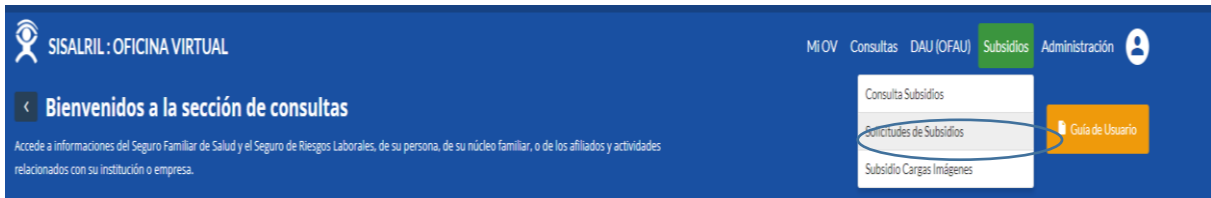
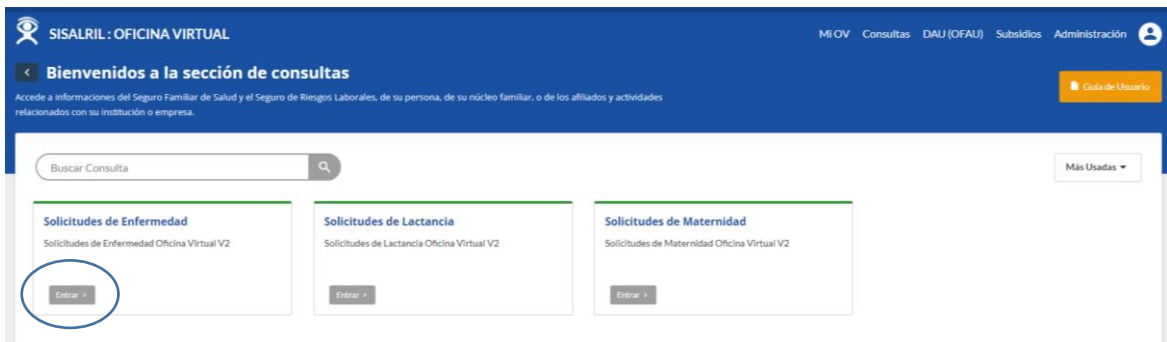


# INSTRUCTIVO PARA EL REGISTRO DE SOLICITUDES DE SUBSIDIOS VÍA OFICINA VIRTUAL

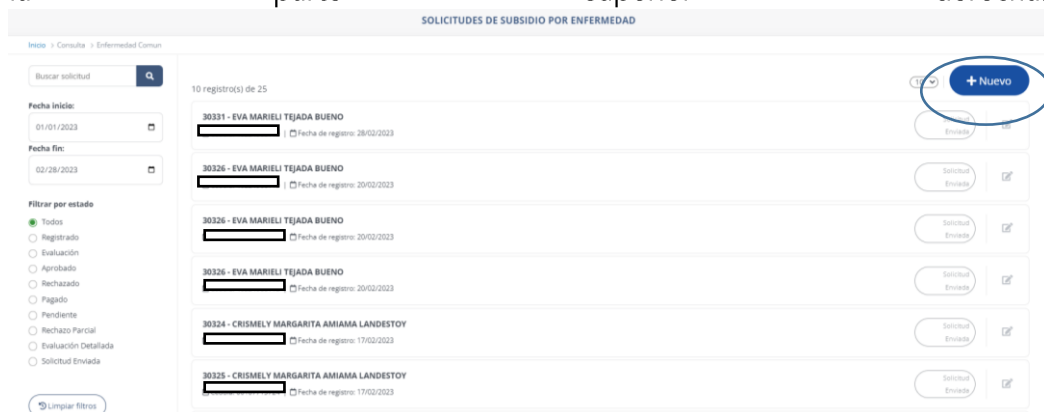
1. Seleccionar la opción "Subsidios" y dar Clic a "Solicitudes de subsidios" para crear una nueva solicitud de subsidios.



2. Seleccionar el tipo de subsidios y dar clic a "entrar" para crear una nueva solicitud.



3. Al entrar en el modulo de subsidios por enfermedad comun, el sistema le presentara el listado de solicitudes registradas por su entidad. Para crear una nueva solicitud, debe dar clic al recuadro en azul con el signo de + ubicado en la parte superior derecha.



4. Completar los datos del afiliado y cargar el certificado medico firmado y sellado por el medico 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

**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.

- Una vez creada la solicitud podrá visualizar la información digitada del afiliado, el progreso de su solicitud y la fecha en la cual se registro.

**DETALLE SOLICITUD ENFERMEDAD COMUN**

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

**Detalle de solicitud**

1 Registro de licencia

2 **Solicitud**

3 Someter Solicitud

**Solicitud núm. 30330**

**Datos del Afiliado** [Editar datos](#)

Cédula  Teléfono residencial  Celular **809-555-5555**

Correo electrónico **none@hotmail.com**

Informe Enfermedad [Ver documento](#)

**33%**

Proceso: [1.3](#) Registrado

Fecha de registro

**23 Feb 2023**

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

Detalle de solicitud < Solicitud núm. 30330 33%

Proceso: 1/2 Registrado

1. Someter Solicitud

**2. Registro de licencia**

3. Someter Solicitud

Histórico

No se ha enviado el formulario de solicitud de subsidios por enfermedad común para esta afiliada. Para continuar con el proceso es necesario que descargue el formulario, si no lo ha hecho, y una vez llenada las informaciones requeridas proceda a realizar el registro de los datos de la licencia.

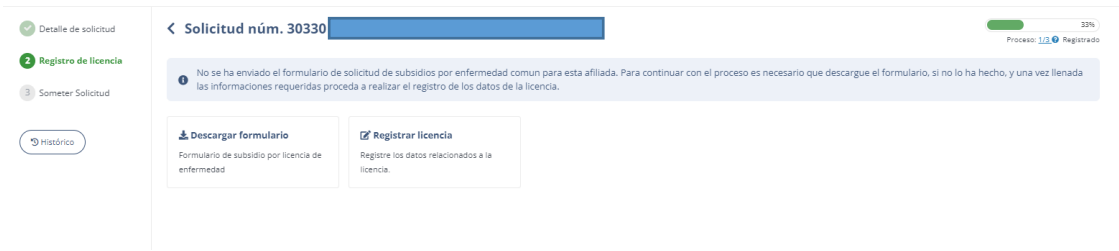
**Descargar formulario**  
Formulario de subsidio por licencia de enfermedad

**Registrar licencia**  
Registre los datos relacionados a la licencia.

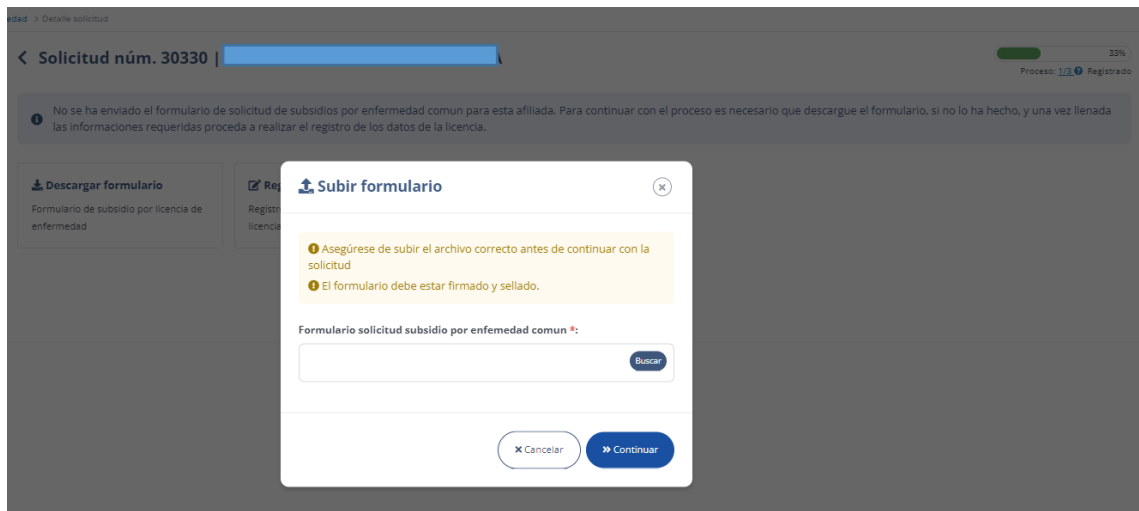
7. El formulario arrastrara toda la información proporcionada del afiliado.

SISALRIL Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales		
FORMULARIO DE SOLICITUD DE SUBSIDIO POR ENFERMEDAD COMUN		
Primera solicitud	Renovación	
DATOS DE LA TRABAJADOR(A) AFILIADO(A)		
Número de cédula:	NSS:	Sexo/edad:
		F
Nombres y Apellidos:		
Teléfono de contacto:	Provincia residencia:	Sector:
Ocupación:	Tiempo laborando en la Empresa:	
DATOS DEL EMPLEADOR		
Número de la Empresa:	RNC:	Registro Patronal:
Tipo de Empresa:	Teléfono:	
<b>Empresa Privada</b>	<b>8095754300</b>	
Dirección de la Empresa:		
<b>Santiago de los Caballeros</b>		
Sucursal (si aplica):		
Correo Electrónico:	Persona de Contacto:	Teléfono:
DATOS MÉDICOS QUE DAN ORIGEN A LA DISCAPACIDAD LABORAL		
Tipo:		
Enfermedad común:	Discapacidad por embarazo:	Accidente no laboral:
Diagnóstico que origina la discapacidad:		
Modalidad de la Licencia (marque ambas modalidades si aplican ambas)	Ambulatoria:	Hospitalaria:
Fecha de inicio de licencia o renovación ambulatoria (dd/mm/aa):	Días calendarios ambulatorios:	
Fecha de inicio de licencia o renovación hospitalaria (dd/mm/aa):	Días calendarios hospitalarios:	
Firma del afiliado		Firma y sello del empleador
<p><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 Saludos (SFS).</small></p>		

8. Cuando el formulario este completado, volver a la opción #2 y marcar la opción de "Registro de Licencia".



9. Al registrar licencia deben cargar el formulario de solicitud de subsidio por enfermedad común firmado y sellado por el empleador y firmado por el afiliado.



10. El Sistema le presentara los datos a completar de forma digital según lo indicado en el formulario previamente cargado.

### Detalle de la Licencia

Tipo de licencia \*:

Primera Solicitud

Renovación

Modalidad \*:

Ambulatorio

Hospitalización

Ambas

Fecha de diagnóstico \*:

mm/dd/yyyy

Diagnóstico \*:

Procedimiento Realizados \*:

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

Teléfono\*:

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

Provincia residencia\*:

Sector\*:

Ocupación\*:

### Datos del empleador

Persona de Contacto

Correo electrónico \*:

### Datos del PSS

Nombre del PSS \*:

Buscar por RNC o Cédula



Nombre:

Teléfono \*:

Teléfono 2:

Correo electrónico\*:

Dirección \*:

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.

X Cancelar

✓ Crear Licencia

11. Hacer clic en "Crear Licencia" para enviar la solicitud.

64493197@gmail.com

Dirección del consultorio \*:

dir

Los campos con \* son requeridos para continuar.

X Cancelar **✓ Crear licencia**

12. 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

Solicitud núm. 30313 | [Redacted]

Proceso 2/3 Registrado 47%

**Resumen de Solicitud**

La fecha de creación de la solicitud es el 13 Feb 2023. Afiliado [Redacted]

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 Enviada - No enviada

## SOLICITUDES DE SUBSIDIO POR MATERNIDAD

1. Antes de completar los datos debe imprimir el Informe de Maternidad el cual está ubicado en la parte final del módulo de registro.

### 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 \*

[Redacted] Buscar

\* Estos campos son requeridos para completar el formulario.

X Cancelar **✓ Crear solicitud**

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

SOLICITUD DE SUBSIDIO POR MATERNIDAD Y LACTANCIA

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

[< Registrar](#)

### Datos la Madre

NSS o Cédula:  Este campo es obligatorio

Nombre:

Fecha de diagnóstico:   Fecha posible de parto:

ARS:  x - Provincia:  x -

Sector:  x -

Informe Médico Tratante:  x -

Teléfono:  Celular:

Correo electrónico:

Ha estado embarazada anteriormente?

#### Antecedentes médicos familiares

Diagnóstico	Abuela	Padre	Madre	Padre	Abuelo Paterno	Abuela Materna	Abuelo Paterno	Abuela Materna
Hipertensión 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"/>	Si <input type="checkbox"/>
Falotomía	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"/>	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"/>	Si <input type="checkbox"/>

### Datos del Tutor

NSS o Cédula:

Nombre:

Teléfono:  Celular:

Parentesco:  x -

Correo electrónico:

- 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.

4.



### FORMULARIO DE SOLICITUD DE SUBSIDIO POR MATERNIDAD

---

#### DATOS DE LA TRABAJADORA AFILIADA

Número de cédula:  NSS:  Sexo:

Nombres y Apellidos:

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

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 Saludos (SFS).

[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:

99

Diagnóstico principal\*:

Embarazo

### Datos del PSS

Nombre del PSS:

Buscar por RINC 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.

X Cancelar

✓ Crear solicitud



5. En la parte superior derecha utilice “editar acciones” para modificar y hacer cambios a su solicitud o hacer reportes de cualquier otra eventualidad.

DETALLE SOLICITUD MATERNIDAD Y LACTANCIA

Inicio > Consulta > Solicitudes maternidad y lactancia > Detalle solicitud

Detalle de solicitud

Registro de licencia

Registro de lactantes

Histórico

Solicitud núm. 51042

Proceso: 67% Enviada

Descargar formulario

Formulario de subsidio por licencia pre o post natal.

Datos de la licencia

Tipo	Fecha de diagnóstico	Inicio
Post-Natal		01 Dec 2022
Tiempo	Diagnóstico	Formulario
98 día(s)	Embarazo	<a href="#">Ver solicitud</a>

ACCIONES

[Editar licencia](#)

[Reportar eventualidad](#)

Datos PSS y Médico

Datos del prestador

Datos del médico

6. Hacer Clic en “Registro de lactantes” para colocar la información de nacimiento.

Inicio > Consulta > Solicitudes maternidad y lactancia > Detalle solicitud

Detalle de solicitud

Registro de licencia

Registro de lactantes

Histórico

Solicitud núm. 51042

Proceso: 67% Enviada

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

Someter lactantes

7. 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. 51042

Proceso: 67% Enviada

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

Someter lactantes

8. Al Hacer Clic en “Histórico” podrá dar seguimiento consultar la solicitud.

