



TRAMITES

Trámites que puede iniciar un Afiliado

Rubro: *Reintegros*

Nombre del Trámite	Descripción	Documentación necesaria para iniciarlo
Reintegros de medicamentos	Reintegros de medicamentos que no fueron provistos por la farmacia del iosep por falta de stock	a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y/o beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. titular y/o beneficiario e- Receta médica certificada por la autoridad de Farmacia de IOSEP que justifique la falta de Stock f- Copia de Carnet de Cobertura Especial g- Indicación medica con troqueles o fotocopia de la orden de monodroga donde estén insertos los troqueles h- Factura Electrónica (original y duplicado)
Reintegro c/derivación p/estudios	Reintegro de gastos por prestaciones médicas fuera de la provincia.	a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y/o beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. titular y/o beneficiario e- Historia Clínica f- Credencial de Derivación g- Últimos estudios realizados h- Factura Electrónica (original y duplicado)
Reintegro por cortes de servicios	Reintegro de prestaciones que no fueron cubiertas por losep por encontrarse cortado el servicio	a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y/o beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. titular y/o beneficiario



Nombre del Trámite	Descripción	Documentación necesaria para iniciarlo
		e- Prescripción médica f- Historia Clínica g- Informe de los estudios realizados h- Factura Electrónica (original y duplicado)
Reintegro de Prácticas médicas, bioquímicas, y odontológicas previstas en el nomenclador IOSEP, vigente incluso en pacientes derivados (excepto prótesis y ortodoncia)	Reintegro de prestaciones, por tratarse de Médicos Prestadores que no atienden con el Iosep.	a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y/o beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. titular y/o beneficiario e- Prescripción médica f- Historia Clínica g- Informe de los estudios y/o prácticas realizadas
Reintegros de pasajes y traslados de avión	Reintegro de pasajes y traslados de avión, siempre y cuando se trate de un Afiliado derivado.	a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y/o beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. titular y/o beneficiario e- Pasajes originales y copia f- Copia de derivación autorizada y vigente g- Constancia de Atención del Centro Asistencial al cual fue derivado
Reintegro de prótesis	Reintegro de prótesis en caso tratarse de una urgencia y fin de semana o feriado.	a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y/o beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. titular y/o beneficiario e- Foja quirúrgica y protocolo de internación f- Historia clínica con pedido de prótesis g- Factura Electrónica (original y duplicado)
Reintegro de Traslado de ambulancia con derivación	Reintegro de Traslado de ambulancia en caso de tratarse de un Afiliado derivado.	a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y/o beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I titular y/o beneficiario



Nombre del Trámite	Descripción	Documentación necesaria para iniciarlo
		e- Planilla de derivación en un todo de acuerdo con la resolución vigente y/o solicitud del médico f- Copia de Historia clínica g- Factura Electrónica (original y duplicado)
Reintegro de Traslado local de ambulancia	Reintegro de Traslado de ambulancia dentro de la provincia cuyo importe sea < 1000	a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y/o beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. titular y/o beneficiario e- Historia Clínica con pedido del médico tratante
Reintegro de Descuentos indebidos de Coseguros	Reintegro de coseguros mal descontados.	a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y/o beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. titular y/o beneficiario e- Copia de los documentos probatorios (recibos originales donde conste el descuento)
Reintegro de Descuentos indebidos de haberes	Reintegro de descuentos indebidos del 1% adicional de algunos beneficiarios.	a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y/o beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. titular y/o beneficiario e- Documentación probatoria (recibos de haberes) f- Copia de cese de aportes
Reintegro sobre cobertura para tratamiento Psiquiátrico	Reintegro sobre cobertura para tratamiento Psiquiátrico	a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y/o beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. titular y/o beneficiario e- Historia clínica con los días de internación f- Factura Electrónica (original y duplicado)



Nombre del Trámite	Descripción	Documentación necesaria para iniciarlo
Reintegro de Educación Especial	Reintegro de servicios que integran la cobertura de Educación Especial	a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y/o beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. titular y/o beneficiario e- Factura Electrónica (original y duplicado) f- Copia de Cobertura Especial g- Planilla de Asistencia h- Copia CUD (Certificado Único de Discapacidad)
Reintegro de Atención Domiciliaria	Reintegro de servicios que integran la Atención Domiciliaria	a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y/o beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. titular y/o beneficiario e- Copia de Carnet de Cobertura Especial o Plan Especial f- Factura Electrónica (original y duplicado) g- Copia CUD (Certificado Único de Discapacidad) h- Planilla de Asistencia Diaria
Reintegro de Fondo de Contención Familiar por Fallecimiento y/o Traslado de Restos	Reintegro de servicios de sepelios y/o traslado de restos	a- Nota dirigida al presidente b- Fotocopia del DNI del beneficiario del cobro c- Copia de último recibo de haberes d- Carnet original del fallecido e- Dos actas de defunción (al menos una legalizada) f- Certificación de vínculos (actas de matrimonio, de nacimiento etc.) g-Formulario de Fianza h- Constancia o Factura Electrónica de la Empresa que realizó el servicio Fúnebre y/o traslado de restos i- Numero de CBU



Rubro: Planes Especiales

Pedido de medicamentos / cobertura especial / renovación cobertura especial, p/Afiliados > 18 años.	Pedido de medicamentos / cobertura especial / renovación cobertura especial para Afiliados cuya edad sea > 18 años.	a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. 1ª y 2ª hoja, titular y beneficiario e- Historia Clínica f- Pedido Médico g- Últimos estudios realizados
Provisión de leche maternizada	Provisión de leche maternizada para afiliados que tengan PMI.	a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y/o beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. titular y/o beneficiario e- Historia clínica con talla y peso f- Pedido de leche x Kg g- Fotocopia de Carnet Plan Materno Infantil
Provisión de oxígeno	Provisión de oxígeno	a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y/o beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. titular y/o beneficiario e- Historia clínica c/pedido del médico f- Informes de estudios realizados
Provisión de Ensure	Provisión de Ensure	a- Nota dirigida a presidente b- Copia de Carnet titular y/o beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. titular y/o beneficiario e- Historia clínica c/indicación médica



Provisión de bolsa de colostomía	Provisión de bolsa de colostomía	a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y/o beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. titular y/o beneficiario e- Historia clínica f- Indicación del nro de bolsa g- Informes de estudios realizados
Solicitud de válvula	Solicitud de válvula	a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y/o beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. titular y/o beneficiario e- Estudios previos / historia clínica f- Formulario de solicitud de prótesis
Devolución de prótesis	Devolución de prótesis	a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y/o beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. titular y/o beneficiario
Solicitud de Cobertura P/Artritis Reumatoidea	Solicitud de Cobertura P/Artritis Reumatoidea	a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y/o beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. titular y/o beneficiario e- Historia Clínica c/fecha de inicio de la Enfermedad, edad, peso, talla, evolución de la enfermedad. f- Antecedentes de patologías asociadas (Cardiovasculares, neoplásticas, g- Infecciosas, patologías desmielizante, etc.) h- Tratamientos farmacológicos previos, drogas, dosis, duración, efectos de toxicidad) i- Pedido del médico con medicina solicitada detallando: droga, presentación, dosis. j- Laboratorio últimos 45 días. Hemograma completo V.S.G. Proteína C. k- Radiología actualizado RX de manos, pies, P.P.D., E.C.G.



Solicitud de Cobertura especial p/Rehabilitación p/ Afiliados > 18 años	Solicitud de Cobertura especial p/Rehabilitación p/ Afiliados cuya edad sea > 18 años	a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y/o beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. titular y/o beneficiario e- Historia clínica c/código
Pedido de medicamentos / cobertura especial / renovación cobertura especial, p/Afiliados < 18 años.	Pedido de medicamentos / cobertura especial / renovación cobertura especial, para Afiliados cuya edad sea < 18 años.	a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y/o beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. titular y/o beneficiario e- Historia Clínica f- Pedido Médico g- Últimos estudios realizados
Pedido de Cobertura (Discapacitados, Fibroquísticos, Parkinson, Hemofílicos, Transplantados)	Pedido de Cobertura (Discapacitados, Fibroquísticos, Parkinson, Hemofílicos, Transplantados)	a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y/o beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. titular y/o beneficiario e- Historia Clínica f- Pedido Médico
Renovación de planes (Discapacitados, Fibroquísticos, Parkinson, Hemofílicos, Transplantados, Celíacos, Hemodiálisis)	Renovación de planes (Discapacitados, Fibroquísticos, Parkinson, Hemofílicos, Transplantados, Celíacos, Hemodiálisis)	a- Fotocopia del último recibo de sueldo b- Historia Clínica c- Credencial vencida
Pedido de Cobertura (Celíacos)	Pedido de Cobertura para enfermos Celíacos	a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y/o beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. titular y/o beneficiario e- Historia Clínica f- Fotocopia de biopsia
Pedido de Cobertura Plan Hemodiálisis	Pedido de Cobertura para el Plan Hemodiálisis	a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y/o beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. titular y/o beneficiario e- Cuadernillo de alta confeccionado por la institución prestadora



Pedido de Cobertura PMI p/Madre (Afiliada Titular)	Pedido de Cobertura PMI p/Madre (Afiliada Titular)	a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y/o beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. titular y/o beneficiario e- Certificado médico con fecha probable de parto f- Fotocopia de la ecografía
Pedido de Cobertura para hija embarazada	Pedido de Cobertura para hija embarazada	a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y/o beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. titular y/o beneficiario e- Declaración jurada emitida por la policía que la menor está a cargo del Titular f- Declaración jurada emitida por Afiliaciones que la menor está a cargo del Titular g- Certificado médico con fecha probable de parto h- Fotocopia de la ecografía
Pedido de Cobertura PMI p/ hijos recién nacidos	Pedido de Cobertura PMI para hijos recién nacidos	a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y/o beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. titular y/o beneficiario e- Fotocopia certificado de nacido vivo o acta de nacimiento
Renovación de Planes (PMI p/Madre o Hija embarazada)	Renovación de Planes (PMI p/Madre o Hija embarazada)	a- Fotocopia del último recibo de sueldo b- Credencial vencida c- Certificado médico que sigue embarazada
Renovación de Planes (PMI p/hijos recién nacidos)	Renovación de Planes (PMI p/hijos recién nacidos)	a- Fotocopia del último recibo de sueldo b- Credencial vencida c- Fotocopia del carnet de vacunación
Pedido de Cobertura oncológica	Pedido de Cobertura oncológica	a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y beneficiario



		c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. 1ª y 2ª hoja, titular y beneficiario e- Solicitud llenada por el médico oncólogo f- Fotocopia de biopsia
Renovación de Plan Oncológico	Renovación de Plan Oncológico	a- Fotocopia del último recibo de sueldo b- Credencial vencida c- Solicitud llenada por el médico oncólogo
Pedido de Cobertura Plan Diabético	Pedido de Cobertura Plan Diabético	a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y/o beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. titular y/o beneficiario e- Llenar solicitud Anexo "A" p/ el Plan f- Fotocopia del último laboratorio glucemia g- Historia clínica y tipo de diabetes h- Dosis diaria orales Dosis diaria inyectables
Renovación de Plan Diabético	Renovación de Plan Diabético	a- Fotocopia del último recibo de sueldo b- Credencial vencida c- Talón de chequera Diabessnoa c/ las fotocopias de los resultados de los estudios realizados con la misma.
Pedido de Cobertura HIV/SIDA	Pedido de Cobertura HIV/SIDA	a- Historia Clínica b- Pedido del médico c- Documentación confidencial.
Provisión de prótesis y elementos para salud	Provisión de prótesis y elementos para salud	a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y/o beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. titular y/o beneficiario e- Llenar solicitud de SIPROTEC por el médico



		f- Estudios realizados (fotocopias) g- RX
Provisión de prótesis y elementos para salud (Silla de ruedas)	Provisión de prótesis y elementos para salud (Silla de ruedas)	a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y/o beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. titular y/o beneficiario e- Llenar solicitud de SIPROTEC por el médico f- Estudios realizados (fotocopias) g- RX h- Llenar formulario de tipo de silla de ruedas
Provisión de prótesis y elementos para salud (Stent, Marcapaso)	Provisión de prótesis y elementos para salud (Stent, Marcapaso)	a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y/o beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. titular y/o beneficiario e- Llenar solicitud de SIPROTEC por el médico f- Estudios realizados (fotocopias) g- RX h- CD y estudio Hemodinámico
Pedido de Cobertura de Atención Domiciliaria	Pedido de servicios que integran la Atención Domiciliaria	a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. titular y beneficiario e- Historia Clínica Original f- Estudios realizados (fotocopias) g- Copia CUD (Certificado Único de Discapacidad) h- Pedido Original del médico cabecera o neurólogo de lo que solicita: enfermería, kinesiología, fonoaudiología, médico de cabecera h- Presupuesto original de lo solicitado (por separado)



		i- Plan de Trabajo de cada terapeuta j- Pedido del médico con medicina solicitada detallando: droga, presentación, dosis.(en caso de que lo tuviera) k- Constancia de Afiliado Activo (emitido por sistema)
--	--	--

Rubro: General

Reconsideración de cuotas/Refinanciación de deuda	Reconsideración de cuotas/Refinanciación de deuda	a- Nota dirigida a presidente b- Copia de Carnet titular y/o beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. titular y/o beneficiario
Anulación de crédito	Anulación de crédito	a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y/o beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. titular y/o beneficiario
Solicitud de autorización de presupuestos	Solicitud de autorización de presupuestos	a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y/o beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. titular y/o beneficiario e- Historia clínica
Solicitud de copia de Historia Clínica	Solicitud de copia de Historia Clínica	a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y/o beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. titular y/o beneficiario
Créditos de Prácticas e Internación Autorizadas	Créditos de Prácticas e Internación Autorizadas	a Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. titular y/o beneficiario c- Formulario de autorización en caso de que el trámite lo realice otra persona con su respectivo DNI.
Solicitud de copia de un expediente	Solicitud de copia de un expediente	a- Nota dirigida al presidente



		b- Copia de Carnet titular y/o beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. titular y/o beneficiario
Constancia de Libre Deuda	Constancia de Libre Deuda	a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y/o beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. titular y/o beneficiario
Subsidio Psiquiátrico (Iniciador: Afiliado por Mesa de Entradas)	Subsidio Psiquiátrico (Iniciador: Afiliado por Mesa de Entradas)	a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y/o beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. titular y/o beneficiario e- Historia Clínica f- Factura Electrónica (original y duplicado)

Rubro: Afiliaciones

Nombre del Trámite	Descripción	Documentación necesaria para iniciarlo
Solicita Continuidad en la O. Social Afiliación Voluntaria Art. 5º Inc. "g"	Solicita Continuidad en la O. Social como Afiliado Voluntario Art. 5º Inc. "g"	a- Nota dirigida a presidente b- Copia de Carnet titular y/o beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. titular y/o beneficiario e- Formulario de Afiliación Voluntaria otorgada por



Nombre del Trámite	Descripción	Documentación necesaria para iniciarlo
		IOSEP y certificada por el habilitado de la Repartición a la que pertenece el Titular. f- Certificación, Resolución o Decreto dónde conste el motivo del Cese.
Incorporación de conviviente Ley N° 6748	Incorporación de conviviente Ley N° 6748	a- Nota dirigida a presidente b- Copia de Carnet titular y/o beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. titular y/o beneficiario e- Sentencia Judicial de convivencia certificada por el Juzgado interviniente f- Si es divorciado o separado, sentencia firme dónde conste la exclusión de su ex-cónyuge de los beneficios de la Obra Social g- Si es viudo, copia legalizada del acta de defunción del cónyuge h- Cuil del conviviente i- Certificado Residencia del Conviviente
Incorporación de Menor a Cargo (Tres meses de carencia)	Incorporación de Menor a Cargo (Tres meses de carencia)	a- Nota dirigida a presidente b- Copia de Carnet titular y/o beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. titular y/o beneficiario e- Guarda tenencia judicial certificada por Juzgado interviniente f- Acta de nacimiento legalizada del menor g- Cuil del menor h- Historial previsional de los padres del menor
Incorporación de Hijo mayor Estudiante	Incorporación de Hijo mayor estudiante. 18 años para el Varón- 21 años para la Mujer (Un mes de aporte previo)	a- Nota dirigida a presidente b- Copia de Carnet titular y/o beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. titular y/o beneficiario e- Formulario de inclusión de hijos estudiantes otorgada por IOSEP y certificada por el habilitado de la repartición a la que pertenece el Titular f- Certificado de estudios original actualizado



IOSEP INSTITUTO DE
OBRA SOCIAL DEL
EMPLEADO PROVINCIAL

9 de Julio 359 - Santiago del Estero
Tel.: (0385) 424-2900 / www.iosep.gov.ar / info@iosep.gov.ar

Nombre del Trámite	Descripción	Documentación necesaria para iniciarlo
Incorporación de Hijo Mayor Incapacitado	Incorporación de Hijo Mayor Incapacitado. 18 años para el Varón – 21 años para la Mujer (Tres meses de carencia). Prórroga por incapacidad de Hijos Mayores	a- Nota dirigida a presidente b- Copia de Carnet titular y/o beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. titular y/o beneficiario e- Certificado médico original con el porcentaje de incapacidad >= 80%
Renuncia como afiliado voluntario	Renuncia como afiliado voluntario	a- Nota dirigida a presidente b- Carnet original c- Copia de comprobante de último aporte
Solicitud de copia de Legajo	Solicitud de copia del Legajo de un afiliado.	a- Nota dirigida al presidente b- Copia de Carnet titular y/o beneficiario c- Copia de último recibo de haberes d- Copia de D.N.I. titular y/o beneficiario

Tramites que puede realizar un Proveedor

Rubro: Pagos

Nombre del Trámite	Descripción	Documentación necesaria para iniciarlo
Pago de factura de proveedores (Iniciado por	Pago de factura de proveedores (Iniciado	a- Nota dirigida a presidente



Proveedores)	por Proveedores)	b- Factura Electrónica (original y duplicado) c- Orden de compra
Devolución de depósito de Garantía (Iniciado por Proveedores)	Devolución de depósito de Garantía (Iniciado por Proveedores)	a- Nota dirigida a presidente b- Comprobante de pago de garantía

Trámites que puede iniciar un Prestador

Rubro: Pagos

Nombre del Trámite	Descripción	Documentación necesaria para iniciarlo
Pago a prestadores locales	Pago de la facturación presentada por prestadores locales	a- Factura Electrónica (original y duplicado) b- Documentación de la facturación (con listado correspondiente) c- Validación emitida por cómputos IOSEP d- Seguro de Mala Praxis
Pago a prestadores fuera de la provincia (servicios)	Pago de la facturación presentada por prestadores fuera de la provincia bajo el concepto de servicios.	a- Factura timbrada b- Documentación de la facturación (con listado correspondiente)
Pago a prestadores fuera de la provincia (insumos, medicamentos o prótesis)	Pago de la facturación presentada por prestadores fuera de la provincia bajo el concepto de insumos, medicamentos o prótesis.	a- Remito original b- Troqueles de medicamentos o de la prótesis c- Factura Electrónica (original y duplicado)

Trámites que puede iniciar un Empleado IOSEP

Nombre del Trámite	Descripción	Documentación necesaria para iniciarlo
Pedido de licencia/Prolongación de	Pedido de licencia/Prolongación de	a- Nota dirigida al Jefe de Área



Nombre del Trámite	Descripción	Documentación necesaria para iniciarlo
Jornada/Francos	Jornada/Francos	
Solicitud de Artículos del Depósito Central	Solicitud de Artículos del Depósito Central	a- Formulario de solicitud de provisión de elementos de Dep. Central
Rendición de Caja Chica	Rendición de Caja Chica	a- Planilla detalle de comprobantes b- Formularios de Solicitud con sus respectivas Facturas, Presupuestos e Informes Técnicos
Solicitud de renovación de servicios de ISP	Solicitud de renovación de servicios de ISP	a- Nota b- Antecedentes c- Presupuestos
Solicitud de Reparaciones	Solicitud de Reparaciones en general	a- Nota dirigida al dpto. Mantenimiento
Compra de bienes de capital	Compra de bienes de capital	a- Nota de Solicitud b- Presupuestos c- Características
Compras de insumos de escritorio	Compras de insumos de escritorio	a- Nota de pedido autorizada por el Gte. de Compras
Reclamo de Rendición de Recaudación de la Delegación XXX	Reclamo de Rendición de la Recaudación de la Delegación XXX (Iniciador: Dpto. Ingresos por Mesa de Entradas)	a- Nota con detalle de la deuda
Reclamo de pago de aportes	Reclamo de pago de aportes (Iniciador: Dpto. Ingresos por Mesa de Entradas)	a- Nota con detalle de la deuda
Compras Urgentes	Compras Urgentes (Iniciador: Farmacia Institucional por Mesa de Entradas)	a- Comprobante de Pedido de Medicamentos emitido por el sistema de Farmacia b- Formulario "Informe de Pedido de Provisión Urgente de Medicamentos" c- Fotocopia del carnet de Cobertura



IOSEP INSTITUTO DE
OBRA SOCIAL DEL
EMPLEADO PROVINCIAL

9 de Julio 359 - Santiago del Estero
Tel.: (0385) 424-2900 / www.iosep.gov.ar / info@iosep.gov.ar

Nombre del Trámite	Descripción	Documentación necesaria para iniciarlo
Auditar distintas áreas de la Obra Social		a- Factura Electrónica (original y duplicado)
Compra de medicamentos mensual (Iniciador: Planes Especiales por Mesa de Entradas)	Compra de medicamentos mensual (Iniciador: Planes Especiales por Mesa de Entradas)	a- Nota b- Listado de Medicamentos emitido por el sistema de Planes Especiales