



**FORMATO PARA SOLICITAR REINTEGRO DE GASTOS EN MEDICAMENTOS**

Docente \_\_\_\_\_ Administrativo \_\_\_\_\_

**ZONA**

Central \_\_\_\_\_ Oriente \_\_\_\_\_  
Occidente \_\_\_\_\_ Paracentral \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, trabajador de la universidad de El Salvador,  
con numero de DUI: \_\_\_\_\_, nombrado en la **Facultad/Oficinas** \_\_\_\_\_,  
por este medio solicito se me reintegre el gasto efectuado en medicamentos por enfermedad de mis hijos(as):

1. \_\_\_\_\_ Carné: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ Carné: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ Carné: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_ Carné: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Los gastos en concepto de medicamentos asciende a: \$ \_\_\_\_\_, según detalle de factura y recetas que adjunto.  
San Salvador, \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.

f. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma y nombre del trabajador

Teléfono de Oficina \_\_\_\_\_ No. de Celular \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**ANEXOS**

- Receta original otorgada por Médico del FUP (**LA RECETA TENDRÁ VIGENCIA DE TRES DIAS MAXIMO DESPUES DEL DÍA DE HABER PASADO CONSULTA MEDICA**).
- Factura de consumidor final a nombre de **FONDO UNIVERSITARIO DE PROTECCIÓN**.
- Copia de DUI de trabajador y carné de cada uno de usuarios (Hijo de trabajador).
- Constancia o boleta de pago vigente.
- Los trabajadores (as) cuenta con 60 días hábiles máximo, para reclamo de reintegro de gastos por medicamentos.

**Nota:** Pasar a las oficinas administrativas del FUP-UES, a retirar el comprobante de pago tres días hábiles posterior a realizar el depósito a cuenta.

**DE IGUAL FORMA, NO SE ACEPTARÁN ENMENDADURAS, TACHADURAS O CORRECCIONES**

Aprobado según acuerdo de acta: No. 024/2014-2015-XI, de día 28/06/2014