

FONDO UNIVERSITARIO DE PROTECCION UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR, FINAL 25 AV. NTE. S.S. TELEFAX 2226-1905 CONMUTADOR 2511-2037 EXT. 2037 6 3060

FORMATO PARA SOLICITAR REINTEGRO DE GASTOS EN MEDICAMENTOS

Docente /__/
Personal Permanente /__/
Administrativo /__/
Personal Eventual /__/

Facultad/Centro Experimental:
Oriente /__/ Occidente /__/
Paracentral /__/ San Luis Talpa/__/

Yo, _____, trabajador de la Universidad de El Salvador, con DUI número _____ nombrado en la Facultad _____, por este medio solicito se me reintegre el gasto efectuado en medicamentos por enfermedad de mi hijo(a): _____, Carné de Beneficiario No. _____, de _____ años de edad, el cual asciende a \$ _____, según detalle de factura y recetas que adjunto.

San Salvador, _____ del mes de _____ de 20____

F. _____

Firma y Nombre del Trabajador

Teléfono Oficina: _____

Celular No. _____

Anexos

- Receta Original otorgada por Médico del FUP
- Factura de Consumidor Final a nombre de Fondo Universitario de Protección
- Copia de DUI de trabajador y Carné del Usuario
- Constancia o Boleta de pago vigente. Firmada y sellada por Administración Financiera de la Facultad o Recursos Humanos.

Las facturas con más de treinta días de antigüedad, perderán su derecho a reintegro. De igual forma, no se aceptarán enmendaduras, tachaduras o correcciones.