

CARNETIZACIÓN SISUNERMB

El personal que haya retirado el carné (material plástico PVC) abstenerse de realizar la solicitud.

Costos del carné de afiliación al SISUNERMB:

- Titulares: Gratis por primera vez.
- Beneficiarios: 10,00 Bs. por primera vez.
- Titulares y/o Beneficiarios: Extravío o Sustitución 10,00 Bs.

PASOS A SEGUIR

1. Llenar planilla de solicitud de carné. **FAVOR VERIFICAR LOS DATOS SUMINISTRADOS** (Nombre, Apellido y Cédula). De haber un error en los datos de la planilla el titular está en la obligación de cancelar de nuevo el costo del carné.

2. Depositar la cantidad correspondiente por cada carné a solicitar en la **cuenta corriente, Banco Occidental de Descuento, N° 01160107350005751918, a nombre de la UNERMB.**

3. Enviar la (s) foto (s) actualizada (s) al correo electrónico sisunermb@unermb.edu.ve, o en su defecto consignarla (s) con la planilla. El correo electrónico donde envíe (n) la (s) foto (s) debe cumplir con lo siguiente:

- Asunto: Escribir el nombre completo y cédula del titular. Ejemplo. Lovera Nava, José Jesús. C.I.: 5.014.298.
- Adjunto: Cargar las fotos en formato jpg, identificadas con el nombre del afiliado a quien corresponde cada imagen.

Favor tomar nota de la fecha de envío de las fotos. En la planilla deberá incluir esta información.

4. Consignar en las oficinas del SISUNERMB la Planilla de Solicitud, Comprobante de Depósito o Transferencia y Fotos Actualizadas de ser el caso.

El Sistema Integral de Salud de la U.N.E. "Rafael María Baralt" implementará el nuevo proceso de carnetización para el personal docente, administrativo y obrero en condición de ordinario. Llenar la presente planilla con datos ciertos y fidedignos, para que los mismos sean de ayuda en caso de asistencia médica de Emergencia y/o Selectiva.

Nro. de depósito: _____ Monto: _____
¿Envió las fotos vía correo electrónico? Si No Fecha de envío: ____/____/_____
Teléfono Contacto de Titular: Hab. _____ Cel. _____
Correo electrónico: _____

Recibido en el SISUNERMB el: ____/____/____, por: _____

TITULAR:

Entregado

Nombres y Apellidos: _____ Cédula: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Grupo Sang./ Factor Rh: _____ Sexo M F

Alérgico a: _____

Enfermedad con seguimiento médico: _____

CÓNYUGE:

Entregado

Nombres y Apellidos: _____ Cédula: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Grupo Sang./ Factor Rh: _____ Sexo M F

Alérgico a: _____

Enfermedad con seguimiento médico: _____

PADRE:

Entregado

Nombres y Apellidos: _____ Cédula: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Grupo Sang./ Factor Rh: _____ Sexo M F

Alérgico a: _____

Enfermedad con seguimiento médico: _____

MADRE:

Entregado

Nombres y Apellidos: _____ Cédula: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Grupo Sang./ Factor Rh: _____ Sexo M F

Alérgico a: _____

Enfermedad con seguimiento médico: _____

HIJO:

Entregado

Nombres y Apellidos: _____ Cédula: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Grupo Sang./ Factor Rh: _____ Sexo M F

Alérgico a: _____

Enfermedad con seguimiento médico: _____

HIJO: **Entregado**
Nombres y Apellidos: _____ Cédula: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Grupo Sang./ Factor Rh: _____ Sexo M F
Alérgico a: _____
Enfermedad con seguimiento médico: _____

HIJO: **Entregado**
Nombres y Apellidos: _____ Cédula: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Grupo Sang./ Factor Rh: _____ Sexo M F
Alérgico a: _____
Enfermedad con seguimiento médico: _____

HIJO: **Entregado**
Nombres y Apellidos: _____ Cédula: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Grupo Sang./ Factor Rh: _____ Sexo M F
Alérgico a: _____
Enfermedad con seguimiento médico: _____

HIJO: **Entregado**
Nombres y Apellidos: _____ Cédula: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Grupo Sang./ Factor Rh: _____ Sexo M F
Alérgico a: _____
Enfermedad con seguimiento médico: _____

HIJO: **Entregado**
Nombres y Apellidos: _____ Cédula: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Grupo Sang./ Factor Rh: _____ Sexo M F
Alérgico a: _____
Enfermedad con seguimiento médico: _____

Nota: El Titular se hace responsable de todos los datos emitidos en la presente planilla. De haber un dato errado el titular esta en la obligación de cancelar de nuevo el costo del carné.

En el caso de no haber enviado las fotografías digitalizadas al correo electrónico SISUNERMB@UNERMB.EDU.VE deberán ser entregadas al momento de presentar

Firma del Titular

Al retirar los carné, marque la casilla **Entregado** y llene lo siguiente:
Yo, _____, recibí conforme el ___/___/_____.

El costo por carnets será de Bs. 10,00 y debe ser depositado a nombre de la UNERMB, en el Banco Occidental de Descuento, cuenta corriente N° 01160107350005751918.