

# INCLUSIÓN SOCIAL

## TUTORIAL DE INSCRIPCIÓN A PASE LIBRE POR ENFERMEDAD

### **BENEFICIARIOS.**

El beneficio contempla a personas que posean enfermedades crónicas o de largo tratamiento, que requieran para su atención trasladarse dentro del territorio provincial, posean escasos recursos económicos y no cuenten con cobertura médica que brinde traslado hacia los hospitales provinciales. El programa bonifica el 100% del valor de los viajes para este tipo de traslados.

### **ACOMPAÑANTES.**

El médico autorizante validará si debe viajar con acompañante. Pueden declararse hasta tres (3) acompañantes alternativos mayores de 18 años, pero solo podrá acompañarlo uno por viaje. En el caso de los menores, el acompañante siempre deberá ser un mayor de edad (18 años o más), siendo madre, padre o tutor legal, y tendrá que presentar la documentación correspondiente que así lo acredite.

**TRÁMITE.** El beneficio se tramitará cuando el interesado lo requiera, luego de inscribirse en la plataforma Ciudadano Digital o concurrir a la oficina de Inclusión Social de la Secretaría de Transporte con:

1. Certificado Médico Completo
2. Informe Socio-económico
3. DNI tarjeta.

Para poder tramitar el beneficio se deberá contar con CIDI Nivel 2, para realizar la petición inicial y solicitarlo mediante el Formulario Único de Postulantes (<https://formularioinscripcion.cba.gov.ar>).

Se podrá solicitar una sola empresa con un solo trayecto y se otorgarán dos (2) pasajes diarios por beneficiario y dos (2) pasajes diarios por acompañante como máximo.

Si se pretendiera más pasajes, cambio de empresa o agregar recorrido se verificará dicha petición mediante excepción.

**PLAZOS.** El beneficio tendrá validez desde el inicio hasta la fecha que explícitamente indique el Certificado Médico, siendo el plazo máximo de seis (6) meses.

**EXCEPCIONES.** En caso de excepciones deberá enviar un correo electrónico a [InclusionSocial@cba.gov.ar](mailto:InclusionSocial@cba.gov.ar), debiendo especificar el tipo excepción que necesita y adjuntando la documentación correspondiente. Una vez recibida la solicitud, la Secretaría de Transporte analizará la misma y posteriormente informará al solicitante si fue aprobada o rechazada.

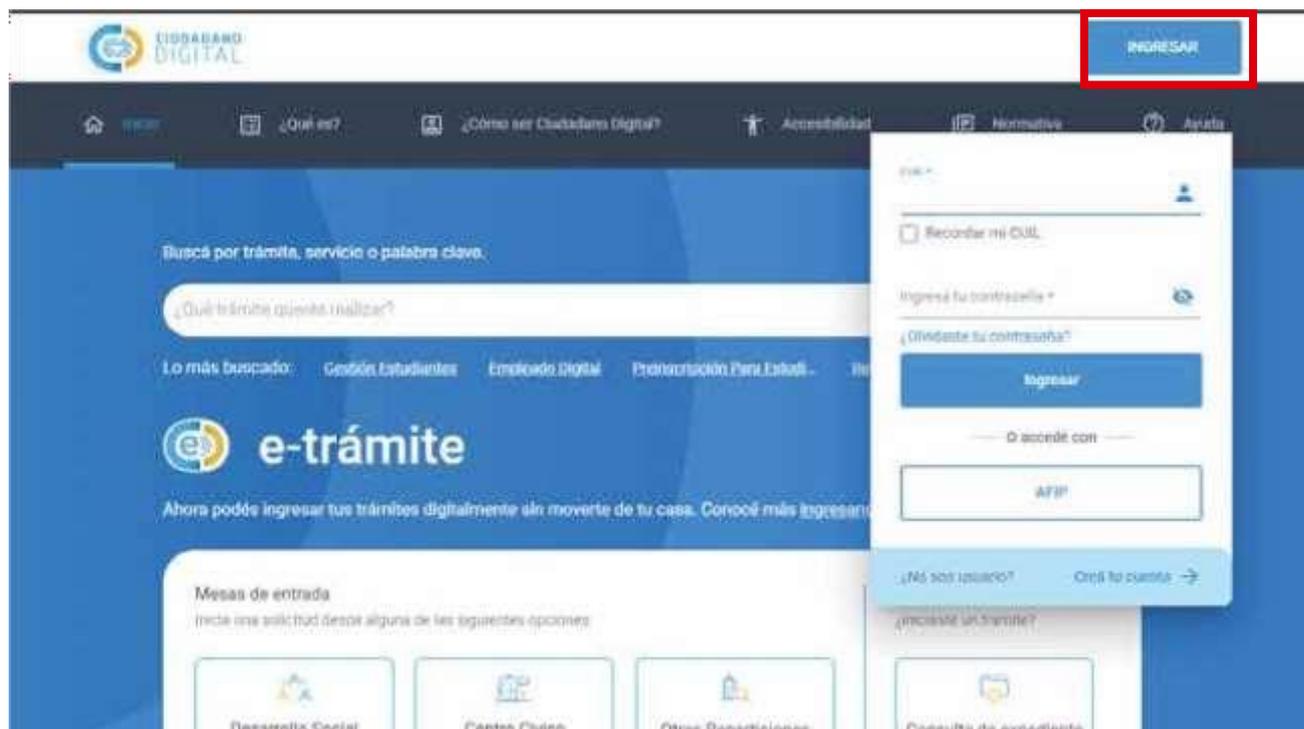
**EXTRAVÍO, ROBO O ROTURA.** En caso de extravío, robo o rotura de su tarjeta deberán solicitar un turno en <https://turnero.cba.gov.ar/turnos> y dirigirse en el día y la hora seleccionada con la correspondiente denuncia de robo o exposición de extravío. La reposición de la tarjeta se realizará únicamente en Secretaría de Transporte.

**USO INDEBIDO.** La utilización del beneficio otorgado es de carácter **personal e intransferible**, quedando terminantemente prohibido el uso de una persona distinta a su titular, comercialización del boleto, falsificación y/o utilización de datos falsos. En caso de verificarse alguno de estos supuestos se procederá al retiro del pase otorgado.

# 1. ACCESO



Para acceder al formulario ingresá a <https://cidi.cba.gov.ar/portal-publico/> . Hacer clic en “Ingresar” y completar con cuil y contraseña. En caso de no estar registrado, deberás hacer clic en “Creá tu cuenta” y seguir los pasos para el registro.



*En caso de no recordar la contraseña ingresar a ¿Olvidaste tu contraseña?*





Buscar el acceso al Formulario Único de Postulantes (FUP). Podés hacerlo de tres formas diferentes: desde acceso directo en “Servicios sugeridos”, en opción lupa escribir “Formulario Único de Postulantes” o en la sección “Servicios” buscarlo en el listado a través del buscador.



Al ingresar podés ver un acceso a los “Programas” y otro a “Mis postulaciones”.



## 2. SELECCIONAR PROGRAMA

*Tener en cuenta que aquí se pueden encontrar otros formularios además de la solicitud del “Pase por Enfermedad Crónica y/o Permanente”, por lo que se recomienda prestar atención y buscar el correcto.*

➤ Buscar el formulario llamado “Pase por Enfermedad Crónica y/o Permanente”. Seleccionar “Postulación”.

	BOLETO OBRERO SOCIAL (BOS)	Cierre de postulación: 31/12/2023	Condiciones <a href="#">Postularse</a>
	BOLETO SOCIAL GORDOBES (BSC)	Cierre de postulación: 31/12/2022	Condiciones <a href="#">Postularse</a>
	PROTECCION DE LA EMBARAZADA Y SU RECIEN NACIDO	Cierre de postulación: 31/12/2023	Condiciones <a href="#">Postularse</a>
	PROGRAMA DE INCLUSION DIGITAL EDUCATIVA (BANDOR)	Cierre de postulación: 30/6/2022	Condiciones <a href="#">Postularse</a>
	10 ML VIVIENDAS - LINEA VIVIENDA SEMILLA	Cierre de postulación: 20/6/2022	Condiciones <a href="#">Postularse</a>
	PASE POR ENFERMEDAD CRONICA Y/O PERMANENTE	Cierre de postulación: 13/6/2022	Condiciones <a href="#">Postularse</a>

➤ Allí se informa la normativa correspondiente y se advierte que lo informado tiene carácter de declaración jurada. Si estás de acuerdo, confirmá y se inicia la inscripción.

### Condiciones - PASE POR ENFERMEDAD CRONICA Y/O PERMANENTE

#### PASE POR ENFERMEDAD CRÓNICA Y/O PERMANENTE

Solicitud para el otorgamiento del Pase para personas carenciadas, con enfermedades crónicas y/o permanentes, para ser utilizado en el transporte automotor interurbano provincial, para el traslado a los hospitales públicos provinciales.

- Está dirigido a personas con enfermedades crónicas y/o Permanentes, debidamente certificadas por hospitales públicos provinciales.
- Apunta a personas que asisten a tratamiento médico en instituciones públicas provinciales.
- Rige únicamente para servicios interurbanos provinciales, con empresas, días y horarios a determinar.
- Consta de un pase personal, único e intransferible.
- Es un beneficio único para habitantes de la provincia de Córdoba.
- El trámite puede ser realizado durante todo el año.

#### Requisitos

- Contar con usuario CIDI nivel 2
- Certificado médico correspondiente, expedido por institución pública de salud.
- Informe socioeconómico, expedido por un trabajador/a social, membretado por municipio de origen.

[Cerrar](#)

### 3. PASOS INSCRIPCIÓN

#### GRUPO CONVIVIENTE

*En el siguiente paso, se define la conformación del GC (grupo conviviente), donde se indican las personas que viven en el mismo domicilio. En esta instancia se pueden presentar dos situaciones:*

- Que el GC no esté conformado, por lo que el sistema no muestra información alguna y por lo que se debe ir agregando de a una por vez las personas que lo integran, a través del botón “Agregar”.
- Que el GC esté conformado, por lo que el sistema muestra las personas registradas en dicho GC. En caso de corresponder, debe actualizarlo agregando o eliminando la/s persona/s, según sea necesario.



#### AGREGAR PERSONA

- Seleccionar “Agregar”.

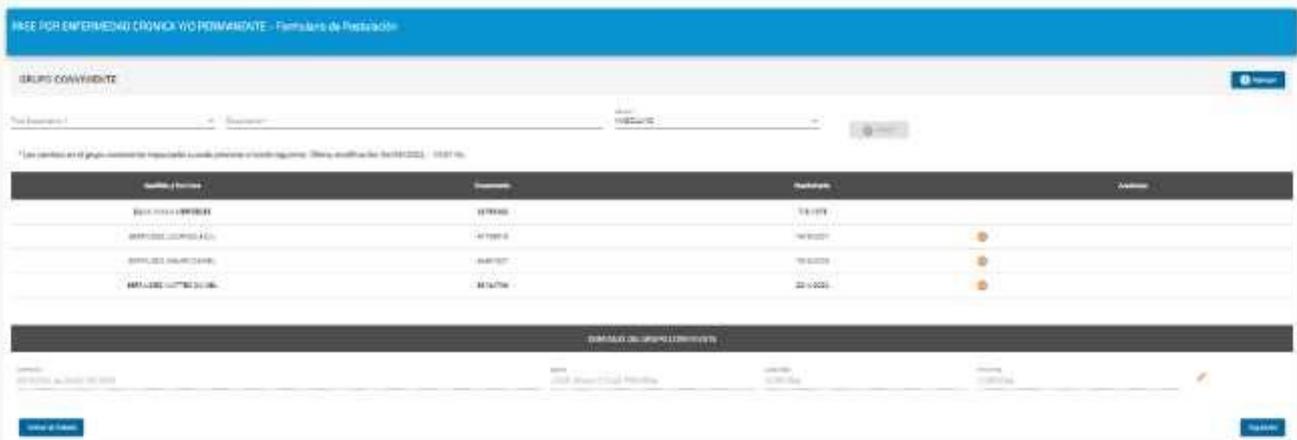


- Ingresar “Tipo de Documento” y el número correspondiente. Por último, seleccionar “Añadir” y en caso de ser correctos los datos de la persona, seleccionar “Guardar”.



## QUITAR PERSONA

- También es posible eliminar integrantes del grupo conviviente. Para ello, seleccionar la (x) que corresponda al integrante que desea quitar de su grupo conviviente.



Formulario de Postulación - FIDE POR ENFERMEDAD CRÓNICA O PERMANENTE

GRUPO CONVIVIENTE

Nombre: [Nombre] - Documento: [Documento] - Sexo: [Sexo]

\* Los integrantes del grupo conviviente ingresan cuando presiona el botón siguiente. Otros resultados de FIDE 2022 - 2023

Apellido y Nombre	Documento	Fecha de Nacimiento	Acciones
[Apellido y Nombre]	[Documento]	[Fecha de Nacimiento]	[Icono]
[Apellido y Nombre]	[Documento]	[Fecha de Nacimiento]	[Icono X]
[Apellido y Nombre]	[Documento]	[Fecha de Nacimiento]	[Icono]
[Apellido y Nombre]	[Documento]	[Fecha de Nacimiento]	[Icono]

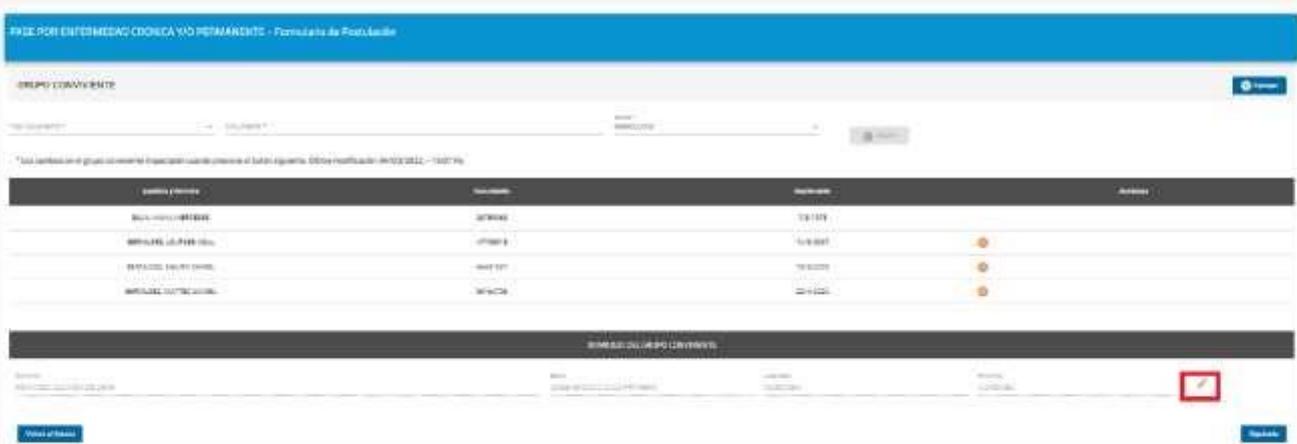
DETALLE DEL GRUPO CONVIVIENTE

Apellido: [Apellido] - Documento: [Documento] - Fecha de Nacimiento: [Fecha de Nacimiento] - Sexo: [Sexo]

[Botón de Acción]

## EDITAR DOMICILIO

- Si la información del domicilio y el grupo conviviente no está registrada o necesita ser actualizada, podés editarla al seleccionar el ícono y completar con la información que se solicita.



Formulario de Postulación - FIDE POR ENFERMEDAD CRÓNICA O PERMANENTE

GRUPO CONVIVIENTE

Nombre: [Nombre] - Documento: [Documento] - Sexo: [Sexo]

\* Los integrantes del grupo conviviente ingresan cuando presiona el botón siguiente. Otros resultados de FIDE 2022 - 2023

Apellido y Nombre	Documento	Fecha de Nacimiento	Acciones
[Apellido y Nombre]	[Documento]	[Fecha de Nacimiento]	[Icono]
[Apellido y Nombre]	[Documento]	[Fecha de Nacimiento]	[Icono]
[Apellido y Nombre]	[Documento]	[Fecha de Nacimiento]	[Icono]
[Apellido y Nombre]	[Documento]	[Fecha de Nacimiento]	[Icono]

DETALLE DEL GRUPO CONVIVIENTE

Apellido: [Apellido] - Documento: [Documento] - Fecha de Nacimiento: [Fecha de Nacimiento] - Sexo: [Sexo]

[Botón de Acción]

➤ Los campos con asterisco (\*) son obligatorios. Seleccionar "Confirmar".

The screenshot shows a web interface with a modal window titled "Domicilio". The form contains the following fields:

- Apellido y Nombre: CORTAL
- Calle: CORDOBA
- Calle 2: AVENIDA
- Calle 3: 1
- Departamento: [dropdown]
- Ciudad: [dropdown]
- Código Postal: [dropdown]
- Referencias: [text area]

At the bottom right of the modal, there are two buttons: "Cancelar" and "Confirmar". The "Confirmar" button is highlighted with a red box.

*La confirmación del domicilio es un paso obligatorio para pasar a realizar el procedimiento de preinscripción. Al hacerlo se habilita la opción "Siguiente".*

The screenshot shows a web interface with a confirmation dialog box. The dialog box has a yellow warning triangle icon and the title "Confirmar Grupo Conviviente". The text inside the dialog reads:

¿Está seguro que desea continuar?

At the bottom of the dialog, there are two buttons: "Cancelar" and "Confirmar". The "Confirmar" button is highlighted with a red box.

In the background, a table lists names and dates:

Apellido y Nombre	Fecha
LETIA BERROCAL RODO LIZABELA	4/12/1994
LETIA BERROCAL MARIA LOURDES	3/12/1994
LETIA MARCOS SALLI	4/12/1994
LETIA BERROCAL MARIA JOSE	4/12/1994
LETIA BERROCAL AMALIA LOURDES	14/2/1992

## POSTULANTES

- A continuación, se visualizarán los integrantes del grupo conviviente. Seleccionar aquellos integrantes que deseas postular.

Postulante	
<input type="checkbox"/>	LEIVA BERROCAL ROCIO LISBILA
<input checked="" type="checkbox"/>	LEIVA BERROCAL MARIA LOURDES
<input type="checkbox"/>	LEIVA MARGOTE SAIL
<input checked="" type="checkbox"/>	LEIVA BERROCAL MARIA JOSE
<input checked="" type="checkbox"/>	LEIVA BERROCAL MARIA LOURDES

- Una vez seleccionados los integrantes comenzarás a ingresar el Teléfono y Teléfono alternativo.

1: TELEFONO  
Tel. (Código y Dígito)

2: TELEFONO ALTERNATIVO  
Tel. (Código y Dígito)



Debes seleccionar “el período de validez del certificado médico”, seleccione según corresponda.

SALUD

1- PERIODO DE VALIDEZ DEL CERTIFICADO MÉDICO\*

MENSUAL

TRIMESTRAL

SEMESTRAL

Luego, completar en caso que corresponda, “Apellidos y Nombres de los acompañantes” y agregar “CUIL de cada uno de ellos”.

ACOMPÑANTES ALTERNATIVOS

1- APELLIDOS Y NOMBRES ACOMPAÑANTE N° 1

APELLIDOS Y NOMBRES ACOMPAÑANTE N° 1

2- CUIL ACOMPAÑANTE N° 1

CUIL ACOMPAÑANTE N° 1

3- APELLIDOS Y NOMBRES ACOMPAÑANTE N° 2

APELLIDOS Y NOMBRES ACOMPAÑANTE N° 2

4- CUIL ACOMPAÑANTE N° 2

CUIL ACOMPAÑANTE N° 2

5- APELLIDOS Y NOMBRES ACOMPAÑANTE N° 3

APELLIDOS Y NOMBRES ACOMPAÑANTE N° 3

6- CUIL ACOMPAÑANTE N° 3

CUIL ACOMPAÑANTE N° 3

- Luego, seleccionar el servicio solicitado, "Diferencial o Interurbano", "Empresa, elegir la correspondiente" "Origen y Destino".

SERVICIO DE TRANSPORTE INTERURBANO

1. SERVICIO DE TRANSPORTE INTERURBANO \*

Seleccione Tipo de servicio, Empresa, Origen y Destino correspondientemente.

SERVICIO DE TRANSPORTE INTERURBANO  
INTERURBANO

EMPRESA  
CARBUS S.R.L.

ORIGEN  
LA CARLOTTA

DESTINO  
RIO CUARTO

- Luego, hacer clic en "Finalizar Postulación", para terminar con la postulación.

SERVICIO DE TRANSPORTE INTERURBANO

1. SERVICIO DE TRANSPORTE INTERURBANO \*

Seleccione Tipo de servicio, Empresa, Origen y Destino correspondientemente.

SERVICIO DE TRANSPORTE INTERURBANO  
INTERURBANO

EMPRESA  
C.B.S.T.A.S.A.

ORIGEN  
LA CARLOTTA

DESTINO  
ALEJOLEBERRIA

Finalizar Postulación

- Luego se procederá a confirmar la inscripción.

SERVICIO DE TRANSPORTE INTERURBANO

1. SERVICIO DE TRANSPORTE INTERURBANO \*

Seleccione Tipo de servicio, Empresa, Origen y Destino correspondientemente.

SERVICIO DE TRANSPORTE INTERURBANO  
INTERURBANO

EMPRESA  
C.B.S.T.A.S.A.

ORIGEN  
LA CARLOTTA

DESTINO  
ALEJOLEBERRIA

Confirmar Postulación

¿Desea elegir confirmar la postulación al programa?  
¿Está seguro de que desea continuar?

Cancelar Confirmar

Finalizar Postulación

- Al finalizar se visualizará un mensaje que confirma la postulación.

- Luego, para continuar con el trámite, “Seleccionar archivo” correspondiente, una vez seleccionado el mismo, pulsar “Subir archivo”.

Informe Socio-Económico

El informe debe estar membretado por el municipio al que pertenece el solicitante y firmado por un/a Trabajador/a Social matriculado/a.

Informe Socio-Económico

 **Seleccionar archivo** Seleccione un archivo  **Subir archivo** [Seleccionar entre documentos presentados](#)

Este campo es requerido \*

- Luego se abrirá una pantalla con sus datos y la documentación que adjunto, seleccione “Confirmar” para finalizar el trámite.

Iniciador — Anexo — **Confirmación**

¿Confirma el ingreso de datos?

Iniciador:

Representado: **A sí mismo**

Anexo

El certificado debe ser expedido por Hospital Público Provincial. El mismo debe estar vigente y ser legible.:

Certificado de Enfermedad:  
- TUTORIAL-DE-INSCRIPCIÓN-ENFERMEDADES.docx

El informe debe estar membretado por el municipio al que pertenece el solicitante y firmado por un/a Trabajador/a Social matriculado/a.:

Informe Socio-Económico:  
- TUTORIAL-DE-INSCRIPCIÓN\_BEG.pdf

[Anterior](#) [Confirmar](#)

## 4. MIS POSTULACIONES

- Desde la ventana principal del Formulario Único de Postulantes se visualizará un botón que se denomina “Mis Postulaciones” en el cual se puede acceder a las postulaciones realizadas.



- Una vez completada la inscripción, luego te responderemos mediante Ciudadano Digital cómo proceder en cada caso indicando los pasos a seguir. Si tenés dudas o consultas llamá al 0800-888-1234, los agentes de Atención al Ciudadano te ayudarán a resolverlas o comunicate vía WhatsApp al 351-2010651.