

# TUTORIAL DE INSCRIPCIÓN 2025



**PASE LIBRE POR  
ENFERMEDADES  
CRÓNICAS**

Secretaría de  
**TRANSPORTE**



**CÓRDOBA**  
Seguirnos haciendo

## 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 debe 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 mínimo.

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

## EXCEPCIONES

En caso de excepciones deberá enviar un correo electrónico a **InclusionSocial@cba.gov.ar**, debiendo especificar el tipo de 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/>  
Hacé 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.

The screenshot shows the 'portal-publico' interface. At the top, there are navigation links: 'Inicio', '¿Qué es?', '¿Cómo ser Ciudadano Digital?', and 'Acceso'. The main heading is 'Buscá por trámite, servicio o palabra clave'. Below it is a search bar with the placeholder '¿Qué trámites querés realizar?'. A section titled 'Lo más buscado:' lists several services: 'Rentas Córdoba', 'Formulario Único De Postulantes', 'Empleado Digital', 'Boleto Educativo Gratuito (Beg) - Alta Urbano Villa María', and 'Mi Registro Civil'. The 'e-trámite' logo is visible, along with the text 'Podés ingresar tus trámites digitalmente CONOCÉ MÁS'. On the right, a login form is overlaid, featuring a 'CUIL\*' field, a 'Recordar mi CUIL' checkbox, a 'CONTRASEÑA\*' field with a visibility toggle, a '¿Olvidaste tu contraseña?' link, and buttons for 'INGRESAR', 'ARCA', and '+ CREÁ TU CUENTA'. Below the login form, there are two columns of service icons: 'Iniciá o consultá información de los trámites de' (with icons for Desarrollo Social, Centro Cívico, and Economía y Gestión Pública) and '¿Iniciaste un trámite?' (with an icon for Consulta de expediente).

**En caso de no recordar la contraseña ingresar a [¿Olvidaste tu contraseña?](#)**

This is a close-up of the login form. It shows the 'CUIL\*' field, the 'Recordar mi CUIL' checkbox, the 'CONTRASEÑA\*' field with a visibility icon, and the link '¿Olvidaste tu contraseña?' which is highlighted with a red rectangular box. Below the link is the 'INGRESAR' button.

Buscá el acceso al **Formulario único de Postulantes (FUP)**.

**Podés hacerlo mediante tres opciones 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 **“Formularios”** y otro a **“Mis postulaciones”**.



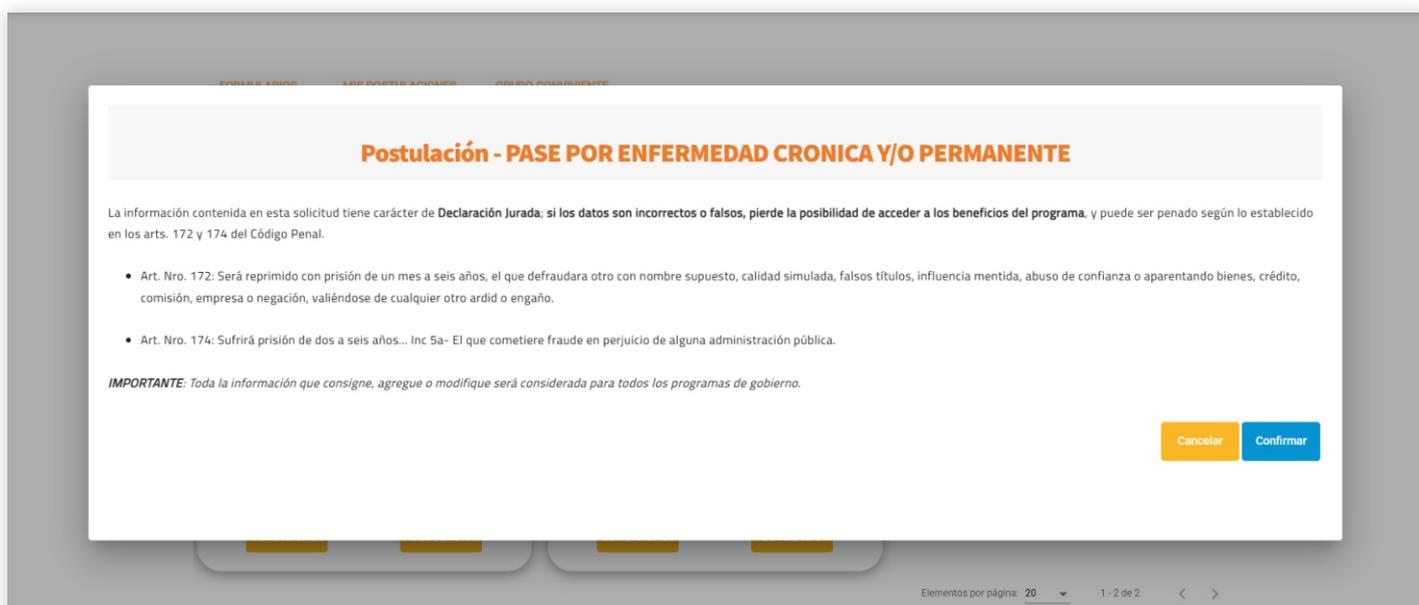
## 2. SELECCIONAR PROGRAMA

Tené en cuenta que aquí se pueden encontrar otros formularios además de la solicitud del **"Pase Libre para personas con Discapacidad"**, por lo que se recomienda prestar atención y buscar el correcto.

Buscá el formulario llamado **"Pase por Enfermedad Crónica y/o Permanente"**. Seleccioná **"Postulación"**.



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.



### 3. PASOS E INSCRIPCIÓN

#### GRUPO CONVIVIENTE

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

**1-** 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”**

**2-** Que el **GC** esté conformado, por lo que el sistema muestra las personas registradas en dicho **GC**. En caso de no corresponder, debe actualizarlo agregando o eliminando la/s persona/s, según sea necesario.

PASE POR ENFERMEDAD CRONICA Y/O PERMANENTE - Formulario de Postulación

GRUPO CONVIVIENTE + Agregar

\* Los cambios en el grupo conviviente serán impactados cuando presione el botón "Siguiente". Última modificación: 11/02/2025, - 14:18 Hs.

Apellido y Nombre	Documento	Nacimiento	Acciones
[REDACTED]	[REDACTED]	13/4/1970	✖
[REDACTED]	[REDACTED]	16/8/1992	

DOMICILIO DEL GRUPO CONVIVIENTE

Domicilio BUCAREST 3578	Barrio RENE FAVALORO SUD	Localidad CORDOBA	Provincia CORDOBA	✎
----------------------------	-----------------------------	----------------------	----------------------	---

Volver al listado Siguiente

#### AGREGAR PERSONA

Seleccionar **“Agregar”**.

PASE POR ENFERMEDAD CRONICA Y/O PERMANENTE - Formulario de Postulación

GRUPO CONVIVIENTE + Agregar

Tipo Documento \* Documento \* Género \* MASCULINO + Añadir

\* Los cambios en el grupo conviviente serán impactados cuando presione el botón "Siguiente". Última modificación: 11/02/2025, - 14:18 Hs.

Apellido y Nombre	Documento	Nacimiento	Acciones
[REDACTED]	[REDACTED]	13/4/1970	✖
[REDACTED]	[REDACTED]	16/8/1992	

DOMICILIO DEL GRUPO CONVIVIENTE

Domicilio BUCAREST 3578	Barrio RENE FAVALORO SUD	Localidad CORDOBA	Provincia CORDOBA	✎
----------------------------	-----------------------------	----------------------	----------------------	---

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"**.

**Datos Personales**

Sexo MASCULINO	País ARGENTINA	Tipo de Documento DNI	Número de Documento
Apellido	Nombres		
Fecha de Nacimiento 27/7/1983	CUIL 20304696835	Nacionalidad ARGENTINA	

La persona ingresada pertenece a otro Grupo Conviviente, si continúa estará añadiéndola a su grupo y la misma será dada de baja del Grupo Conviviente al que pertenece actualmente.

¿Desea continuar?

Domicilio: BUCAREST 3578 | Barrio: RENE FAVALORO SUD | Localidad: CORDOBA | Provincia: CORDOBA

## 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.

**GRUPO CONVIVIENTE**

Tipo Documento \* Documento \* Género \*

\* Los cambios en el grupo conviviente serán impactados cuando presione el botón "Siguiente". Última modificación: 11/02/2025, - 14:18 Hs.

Apellido y Nombre	Documento	Nacimiento	Acciones
[Redacted]	[Redacted]	13/4/1970	<input type="button" value="x"/>
[Redacted]	[Redacted]	16/8/1992	

**DOMICILIO DEL GRUPO CONVIVIENTE**

Domicilio: BUCAREST 3578 | Barrio: RENE FAVALORO SUD | Localidad: CORDOBA | Provincia: CORDOBA

## 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.

presione el botón "Siguiete". Última modificación: 11/02/2025, - 14:18 Hs.

Documento	Nacimiento	Acciones
[Redacted]	13/4/1970	
[Redacted]	16/8/1992	

**DOMICILIO DEL GRUPO CONVIVIENTE**

Barrio: RENE FAVALORO SUD      Localidad: CORDOBA      Provincia: CORDOBA

[Siguiete](#)

Los campos con **asterisco[\*]** son obligatorios. Seleccionar "Confirmar".

**GRUPO CONVIVIENTE** [Agregar](#)

Tipo Documento \*  
DNI

\* Los cambios en el grupo conviviente serán impactados cuando presione el botón "Siguiete". Última modificación: 11/02/2025, - 14:18 Hs.

Apellido \*  
[Redacted]

CAMPOS OBLIGATORIOS

RUGGERI C

Domicilio  
BUCAREST 3578

[Volver al listado](#)

**Domicilio** \* Solo se admiten domicilios de la Provincia de Córdoba

Lat: 0 Long: 0

Departamento *	Localidad *
Barrio	Tipo Calle *
Calle *	Número
Piso	Departamento
Manzana	Lote/Casa
Código Postal *	Referencias

Actualizar Mapa

[Cancelar](#) [Confirmar](#)

[Siguiete](#)

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

Tipo Documento \* Documento \* Género \*

\* Los cambios en el grupo conviviente serán impactados cuando presione el botón "Siguiete". Última modificación: 11/02/2025, - 14:18 Hs.

Apellido y Nombre	Documento	Nacimiento	Acciones
[Redacted]	92726111	13/4/1970	
[Redacted]	36356347	16/8/1992	

Domicilio: BUCAREST 3578

Provincia: CORDOBA

[Volver al listado](#)

[Siguiete](#)

**Confirmar Grupo Conviviente**

¡IMPORTANTE!!! Recuerde que está declarando su Grupo Conviviente, que son todas las personas que viven bajo el mismo techo y que comparten gastos de alimentos, y su Domicilio. Esta Declaración Jurada impactará en todos los programas a los que se haya postulado. ¿Está seguro que desea confirmar?

[Cancelar](#) [Confirmar](#)

## POSTULANTES

A continuación se visualizarán los integrantes del grupo conviviente. Seleccionar aquellos integrantes que deseás postular .

PASE POR ENFERMEDAD CRONICA Y/O PERMANENTE - Formulario de Postulación

1 Selección de Postulantes 2 Postulantes 3 Fin de Postulación

SELECCIÓN DE POSTULANTES

<input type="checkbox"/>	Postulante
<input type="checkbox"/>	[REDACTED]
<input checked="" type="checkbox"/>	[REDACTED]

Anterior Siguiente

Una vez seleccionados **los integrantes**, comenzarás a ingresar el **teléfono y teléfono alternativo** .

PASE POR ENFERMEDAD CRONICA Y/O PERMANENTE - Formulario de Postulación

✓ Selección de Postulantes 2 Postulantes 3 Fin de Postulación

POSTULANTES

RUGGERI CAMPOS, EZEQUIEL A

DATOS DE CONTACTO

1 - TELÉFONO \*

Tel. (0)XXX (15)XXXXXXXX

TELEFONO  
3518888888 10 / 11

2 - TELÉFONO ALTERNATIVO

Tel. (0)XXX (15)XXXXXXXX

TELEFONO ALTERNATIVO  
3518888888 10 / 11

Debés seleccionar **“el período de validez del certificado médico”**, seleccioná según corresponda.

SALUD

1 - PERÍODO DE VALIDEZ DEL CERTIFICADO MÉDICO \*

MENSUAL  
 TRIMESTRAL  
 SEMESTRAL

Luego, completá en caso que corresponda, **“Apellidos y Nombres de los acompañantes”** y agregá **“Cuil de cada uno de ellos”**.

ACOMPANANTES ALTERNATIVOS

1 - APELLIDO/S Y NOMBRE/S ACOMPAÑANTE N° 1  
APELLIDO/S Y NOMBRE/S ACOMPAÑANTE N° 1

2 - CUIL ACOMPAÑANTE N°1  
CUIL ACOMPAÑANTE N°1 0/11

3 - APELLIDO/S Y NOMBRE/S ACOMPAÑANTE N°2  
APELLIDO/S Y NOMBRE/S ACOMPAÑANTE N°2

4 - CUIL ACOMPAÑANTE N°2  
CUIL ACOMPAÑANTE N°2 0/11

Luego, seleccioná el servicio solicitado, **“Diferencial o Interurbano”**, **“Empresa”** elegí la correspondiente y **“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  
LA ESTRELLA SRL

ORIGEN  
VILLA NUEVA

DESTINO  
VILLA MARIA

Luego, hacé 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  
LA ESTRELLA SRL

ORIGEN  
VILLA NUEVA

DESTINO  
VILLA MARIA

Anterior Finalizar Postulación

Luego se procederá a **confirmar la inscripción**.

1 - SERVICIO DE TRANSPORTE INTERURBANO \*  
Seleccione Tipo de servicio, Empresa, Origen y Destino correspondientemente.

SERVICIO DE TRANSPORTE INTERURBANO  
INTERURBANO

EMPRESA  
LA ESTRELLA SRL

ORIGEN  
VILLA NUEVA

DESTINO  
VILLA MARIA

**Confirmar Postulación**

Usted está por confirmar la postulación al programa.  
¿Está seguro de que desea continuar?

Cancelar Confirmar

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

PASE POR ENFERMEDAD CRONICA Y/O PERMANENTE - Formulario de Postulación

Selección de Postulantes Postulantes Fin de Postulación

Para continuar con la inscripción haga clic **aquí**, ←

Salir

Luego se abrirá una pantalla con tus datos y la documentación que adjuntaste, seleccioná **“Confirmar”** para finalizar el trámite.

**PASE POR ENFERMEDAD CRONICA Y/O PERMANENTE**

Pase por enfermedad crónica y/o permanente

Iniciador Anexo Confirmación

¿Confirma el ingreso de datos?

Iniciador: **Ruggieri Campos, Ezequiel Alejandro 20363563474.**

Representado: **A sí mismo**

Trámite relacionado: **NO TIENE**

Anexo

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

Certificado de Enfermedad:

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

Informe Socio-Económico:

No requiere presentar el Certificado de Enfermedad ni el Informe Socio-Económico:

Credencial del INCUCAI:

Anterior **Confirmar**

# MIS POSTULACIONES

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

FORMULARIOS MIS POSTULACIONES GRUPO CONVIVIENTE

## MIS POSTULACIONES

Filtrar programas

**PASE LIBRE POR ENFERMEDADES CRÓNICAS**

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

PASE POR ENFERMEDAD CRÓNICA Y/O PERMANENTE - Ed. 1

Fecha postulación: 11/2/2025  
Cierre postulación: 31/12/2025

MÁS EDITAR

Elementos por página: 20 1 - 1 de 1

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 comunicate de lunes a viernes al 0800-888-1234 de 8 a 20 hs o por WhatsApp al 3512010651 de 8 a 18 hs, los agentes te ayudarán a resolverlas.**

Secretaría de  
**TRANSPORTE**

