

MINISTERIO DE SALUD  
Dirección de Salud IV

LIMA ESTE

Subscribo que el Pre-Documento es auténtico

RICARDO PINTADO

03 AGO. 2010

DIRECCIÓN DE SALUD IV LIMA ESTE - MINSA  
Solo para uso exclusivo de la institución y el ámbito  
Jurisdiccional REGISTRO



Nº 0657-2010-DISA-IV-LE/  
DG-RRHH-OEPE-OAJ.

## Resolución Directoral

Fecha: 02 de Agosto de 2010.

### VISTO:

El Expediente N° 1272-2010, que contiene el Oficio N° 307-2010-OEPE-DISA-IV-LE de fecha 27.07.10, de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, y;

### CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con las normas contenidas en la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional", aprobado por Resolución Ministerial N° 603-2006-SA/DM publicado el 06.07.09, la preparación de Manuales de Procesos y Procedimientos supone una serie de mecanismos y criterios técnicos para su elaboración, aprobación, revisión y modificación, que necesariamente requiere previamente que la Entidad desarrolle una secuencia de formulación de otros instrumentos técnico-normativos de gestión institucional: Reglamento de Organización y Funciones (ROF), y Manual de Organización y Funciones (MOF), que posibilitaría técnicamente elaborar y aprobar Manuales de Procesos y Procedimientos;

Que, mediante Oficio N° 307-2010-OEPE-DISA-IV-LE de fecha 27.07.10, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico remite el proyecto de "Manual de Procesos y Procedimientos de Subsidio por Lactancia y Subsidio por Enfermedad y Maternidad, de la Oficina Ejecutiva de Gestión y Desarrollo de Recurso Humanos, de la Dirección de Salud IV Lima Este", con la conformidad de la Oficina Ejecutiva de Gestión y Desarrollo de Recurso Humanos;

Que, el citado Manual de Procesos y Procedimientos se ha elaborado en base a la normatividad y metodología establecida por el Ministerio de salud y por la necesidad de brindar bienestar a los Recursos Humanos de la Dirección de Salud IV Lima Este;

Que, el Manual de Procesos y Procedimientos, tiene como objetivo garantizar el cumplimiento de la normatividad vigente respecto a los beneficios que a los trabajadores se le ha otorgado como subsidios por maternidad, enfermedad y lactancia, así como toda actividad programada para brindar bienestar a los Recursos Humanos a fin de lograr los objetivos institucionales;

Que, con la finalidad de continuar con el desarrollo de las actividades y procesos técnico-administrativos a nivel institucional, resulta pertinente atender lo solicitado por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, y en consecuencia emitir el correspondiente acto resolutorio, aprobando la propuesta de "Manual de Procesos y Procedimientos de Subsidio por Lactancia y Subsidio por Enfermedad y Maternidad, de la Oficina Ejecutiva de Gestión y Desarrollo de Recurso Humanos, de la Dirección de Salud IV Lima Este", de acuerdo al marco normativo vigente;

Que, el Artículo 12º Literal c) del Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección de Salud IV Lima Este, aprobado con Resolución Ministerial N° 827-2003-SA/DM, establece las atribuciones y responsabilidades del Director General, entre las cuales se encuentra, la prerrogativa de expedir actos resolutorios en asuntos que sean de su competencia y en tal sentido, en su prerrogativa aprobar instrumentos técnicos para el mejor desarrollo y cumplimiento de las actividades institucionales en el ámbito de la jurisdicción de la Dirección de Salud IV Lima Este;

Con las visaciones de la Oficina Ejecutiva de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, y la Oficina de Asesoría Jurídica; y

De conformidad con lo dispuesto en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, la Directiva N° 007-MINSA/OGPE-V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional", aprobado por Resolución Ministerial N° 603-2006-SA/DM, el Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección de Salud IV Lima Este y Direcciones de Red de Salud, aprobado por Resolución Ministerial N° 827-2003-SA/DM y el Manual de Organización y Funciones (MOF) de la Dirección de Salud IV Lima Este, aprobado por Resolución Directoral N° 1149-2004-DISA-IV-LE-DG-OEPE-OEA-RRHH-OAJ;



SE RESUELVE:

- 1º Aprobar el "Manual de Procesos y Procedimientos de Subsidio por Lactancia y Subsidio por Enfermedad y Maternidad, de la Oficina Ejecutiva de Gestión y Desarrollo de Recurso Humanos, de la Dirección de Salud IV Lima Este, por las consideraciones expuestas y que forman parte de la presente Resolución Directoral.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

Distribución:

- ( ) DG
- ( ) OEPE
- ( ) OEGDRRHH
- ( ) OAJ
- ( ) Archivo



MINISTERIO DE SALUD  
Dirección de Salud IV Lima-Este  
*Dr. Mauro Eugenio Reyes Acuña*  
C.M.P. 15846 - RNE 9619  
DIRECTOR GENERAL

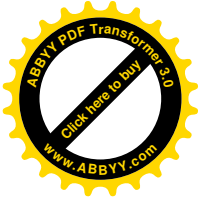
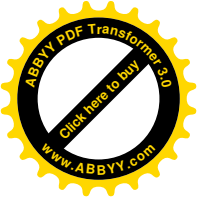
Suscribo que el Pte. Documento es copia fiel del original

*[Firma]*  
RICARDO EDUARDO PINTADO  
FEUTARIO

**03-AGO. 2010**

DIRECCIÓN DE SALUD IV LIMA ESTE - MINSA  
Solo para uso exclusivo de la institución y el ámbito  
Jurisdiccional

REGISTRO N° \_\_\_\_\_

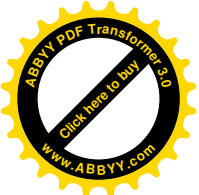


# **DIRECCIÓN DE SALUD IV LIMA ESTE**

## **MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE:**

➤ SUBSIDIO POR LACTANCIA

➤ SUBSIDIO POR ENFERMEDAD Y  
MATERNIDAD



## INDICE

### **CAPITULO I**

|              |    |
|--------------|----|
| Introducción | 03 |
|--------------|----|

### **CAPITULO II**

|                     |    |
|---------------------|----|
| Objetivo del Manual | 04 |
|---------------------|----|

### **CAPITULO III**

|            |    |
|------------|----|
| Base Legal | 05 |
|------------|----|

### **CAPITULO IV**

|                |    |
|----------------|----|
| Procedimientos | 08 |
|----------------|----|

|                          |    |
|--------------------------|----|
| ➤ SUBSIDIO POR LACTANCIA | 09 |
|--------------------------|----|

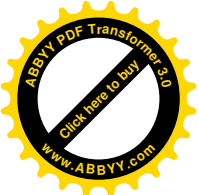
Anexo:

- Flujograma
- Formulario

|                                        |    |
|----------------------------------------|----|
| ➤ SUBSIDIO POR ENFERMEDAD Y MATERNIDAD | 19 |
|----------------------------------------|----|

Anexo

- Flujograma
- Formulario



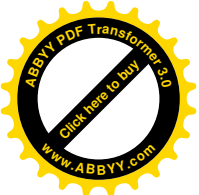
## **CAPITULO I: INTRODUCCIÓN**

---

El presente Manual de Procesos y Procedimientos: Subsidios por Lactancia y Subsidio por Enfermedad y Maternidad, se ha elaborado en base a la normatividad y metodología establecida por el Ministerio de Salud y por la necesidad de brindar bienestar a los Recursos Humanos de la Dirección Salud IV Lima Este.

El contenido del manual comprende: objetivo, alcance, base legal, la estructura de Procesos y Procedimientos Administrativos, las Fichas de cada Procedimiento y la descripción de los mismos.

La finalidad fundamental de este manual consiste en señalar las bases para la comprensión, adecuación y mejoramiento de las labores del personal involucrado en los procedimientos, unificando criterios de contenido que permita la realización de las funciones de dirección, coordinación y evaluación administrativa a través de la sistematización de las actividades, la identificación de los procesos y la definición del método para efectuarlas.



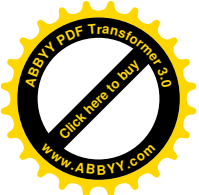
## CAPITULO II: OBJETIVO

---

El Manual de Procedimientos, tiene como objetivo garantizar el cumplimiento de la normatividad vigente respecto a los beneficios que a los trabajadores se le ha otorgado como subsidios por maternidad, enfermedad y lactancia, así como toda actividad programada para brindar bienestar a los recursos humanos a fin de lograr los objetivos institucionales.

El Manual de Procedimientos del Equipo de Desarrollo Organizacional, detalla las acciones que se deben seguir en la ejecución de los beneficios otorgados al trabajador asegurado, en concordancia con los dispositivos legales vigentes sobre la materia, para que de esta manera puedan brindar un mejor servicio a los usuarios.

Además compendia en forma ordenada, secuencial de todas las actividades que están programadas para contribuir al desarrollo humano del servidor y de su familia que se encuentran bajo la jurisdicción de la Dirección de Salud IV Lima Este.

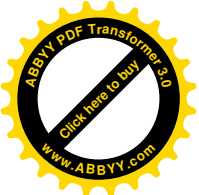


### CAPITULO III: BASE LEGAL

---

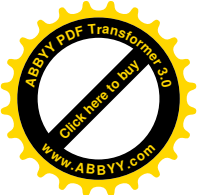
La aplicación del presente Manual se sujeta a lo prescrito en las siguientes normas:

- Decreto Legislativo N°276, Ley de Base de la Carrera Administrativa y Remuneraciones.
- Decreto Supremo N° 005-90-PMC, Reglamento de la Ley de la Carrera Administrativa, Capítulo XI Del Bienestar e Incentivos.
- Ley 26790 – ley de la Modernización de la Seguridad Social en Salud.
- Decreto Supremo N° 009-97 S.A, Reglamento de la Ley 26790.
- Ley N° 28791, Ley que establece modificaciones a la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2002-SA, aprueba el Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 020-2006-TR, Aprueban normas reglamentarias de la Ley N ° 28791 que establece modificaciones a la ley de modernización de la seguridad social en salud.
- Decreto Supremo N° 075-2008-PCM, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1057, que regula el régimen especial de contratación administrativa de servicios.
- Resolución Ministerial N° 827-2003-SA/DM, aprueban el Reglamento de Organizaciones y Funciones de la Dirección de Salud IV Lima Este.
- Resolución Directoral N° 1149-2004-DISAIVLE/DG-OEPE-OEA-RRHH-OJ, se aprueba el Manual de Organizaciones y Funciones de la Dirección de Salud IV Lima Este.
- Resolución Ministerial N°603-2006/MINSA, aprueba la Directiva N°007-MINSA/OGPP-V.02:“Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional”, sus modificatorias aprobadas mediante Resolución Ministerial N°205-2009/MINSA y la Resolución Ministerial N°317-2009/MINSA.
- Manual de Gestión del Bienestar del Trabajador de Salud-MINSA OGDRRH.



- Resolución Ministerial N°335-2010/MINSA, aprueba el Cuadro para Asignación de Personal de la Dirección de Salud IV Lima Este y sus Órganos Desconcentrados.
- Resolución Directoral N°0903-2009-DISA IV LE-DG-OEPE-RR.HH-OAJ, aprueba la modificación del Manual de Organización y Funciones de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.
- Resolución Directoral N°0627-2010-DISA IV LE-DG-OEPE-OAJ, aprueba la actualización del Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Asesoría Jurídica.





## ESTRUCTURA DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

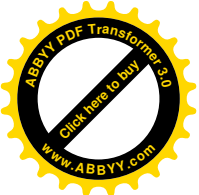
---

### PROCESO:

➡ DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

### PROCEDIMIENTOS:

- SUBSIDIO POR LACTANCIA
- SUBSIDIO POR ENFERMEDAD Y MATERNIDAD



## **CAPITULO IV: PROCEDIMIENTOS**

---

### **MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**

Establecer formalmente los procedimientos para la ejecución de los procesos organizacionales de la entidad que logren el cumplimiento a los objetivos y funciones.

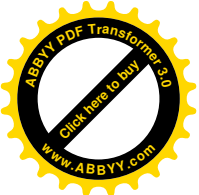
#### **I. PROCESO: DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS**

##### **1. SUBSIDIO POR LACTANCIA.**

- ✓ Nombre del Procedimiento
- ✓ Código
- ✓ Objetivo del Procedimiento
- ✓ Alcance
- ✓ Base Legal
- ✓ Índice de Performance
- ✓ Normas o disposiciones específicas u operativas
- ✓ Descripción del procedimiento
- ✓ Entradas
- ✓ Salidas
- ✓ Definiciones
- ✓ Registros
- ✓ Anexos (Flujograma y Formularios)

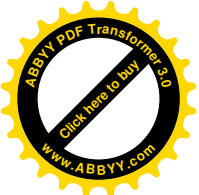
##### **2. SUBSIDIO POR ENFERMEDAD Y MATERNIDAD**

- ✓ Nombre del Procedimiento
- ✓ Código
- ✓ Objetivo del Procedimiento
- ✓ Alcance
- ✓ Base Legal
- ✓ Índice de Performance
- ✓ Normas o disposiciones específicas u operativas
- ✓ Descripción del procedimiento
- ✓ Entradas
- ✓ Salidas
- ✓ Definiciones
- ✓ Registros
- ✓ Anexos (Flujograma y Formularios)



## **PROCEDIMIENTO**

- SUBSIDIO POR LACTANCIA

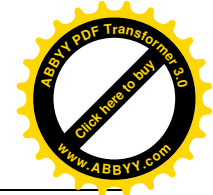
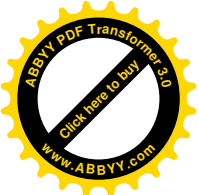


|                  |                                |
|------------------|--------------------------------|
| <b>PROCESO :</b> | DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS |
|------------------|--------------------------------|

|                                  |                        |                 |              |
|----------------------------------|------------------------|-----------------|--------------|
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b> | SUBSIDIO POR LACTANCIA | <b>FECHA :</b>  | 02/08/2010   |
|                                  |                        | <b>CODIGO :</b> | 001/OEGDRRHH |

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PROPOSITO:</b>   | Establecer procedimientos para el Pago Directo de las Prestaciones Económicas por Lactancia de hijo recién nacido natural o hijos extra matrimoniales, que contribuyan al bienestar del Empleado Público en la Dirección de Salud IV Lima Este.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>ALCANCE:</b>     | El presente procedimiento es de aplicación para los Empleados Públicos Asegurados Nombrados y CAS del ámbito jurisdiccional de la Dirección de Salud IV Lima Este.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>MARCO LEGAL:</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>a. Decreto Legislativo N° 276, Ley de Base de la Carrera Administrativa y Remuneraciones</li><li>b. Decreto Supremo N° 005-90-PMC, Reglamento de la Ley de la Carrera Administrativa</li><li>c. Ley 26790 – ley de la Modernización de la Seguridad Social en Salud.</li><li>d. Decreto Supremo N° 009-97 S.A, Reglamento de la Ley 26790</li><li>e. Ley N° 28791, Ley que establece modificaciones a la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.</li><li>f. Decreto Supremo N° 020-2006-TR, Aprueban normas reglamentarias de la Ley N° 28791 que establece modificaciones a la ley de modernización de la seguridad social en salud.</li><li>g. Decreto Ley N° 1057 y su Reglamento N° 075, establece precisiones para el otorgamiento de Prestaciones Económicas a los Contratados CAS.</li></ul> |

| INDICES DE PERFORMANCE                                                                    |                                |                                          |                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| INDICADOR                                                                                 | UNIDAD DE MEDIDA               | FUENTE                                   | RESPONSABLES                                                  |
| Número de Expedientes de lactancia Calificados/<br>Número Total de Expedientes recibidos. | Subsidio de lactancia Aprobado | Trámite documentario, archivo de ET-DOB. | Coordinador de Equipo de Trabajo de Desarrollo Organizacional |



## NORMAS

### Decreto Legislativo N° 276

- TITULO PRELIMINAR; CARRERA ADMINISTRATIVA: CONCEPTO; Artículo 1°.- Carrera administrativa es el conjunto de principios, normas y procesos que regulan el ingreso, los derechos y los deberes que corresponden a los servidores públicos que con carácter estable prestan servicios de naturaleza permanente en la Administración Pública.

### Decreto Supremo N° 005-90

- CAPITULO XI: DEL BIENESTAR E INCENTIVOS; Artículo 140.- La Administración Pública a través de sus entidades, deberá diseñar y establecer políticas para implementar, de modo progresivo, programas de bienestar social e incentivos dirigidos a la promoción humana de los servidores y su familia, así como a contribuir al mejor ejercicio de las funciones asignadas. Se programan y ejecutan con la participación directa de representantes elegidos por los trabajadores.

### Ley N° 26790

- **Artículo 10°.- DERECHO DE COBERTURA:** Los afiliados y sus derechohabientes tienen derecho a las prestaciones siempre que aquellos cuenten con tres meses de aportaciones o cuatro no consecutivos.

### Ley N° 28791; modifica la Ley N° 26790

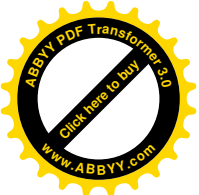
- **Artículo 12.- DERECHO DE SUBSIDIO:** Los subsidios se rigen por las siguientes reglas:
  - b) Subsidios por maternidad y lactancia
  - b.2) La determinación del subsidio por maternidad se establece de acuerdo al promedio diario de las remuneraciones de los 12 últimos meses. Si el total de los meses de afiliación es menor a 12, el promedio se determinará en función a los que tenga el afiliado.

### Decreto Supremo N° 020-2006-TR

- Artículo 17.- Subsidio por Lactancia: El subsidio por lactancia se otorga en dinero, con el objeto de contribuir al cuidado del recién nacido, de acuerdo a las normas que fija ESSALUD. En caso de parto múltiple se reconoce un subsidio adicional por cada hijo.

### Decreto Supremo N° 075-2008-PCM

- Artículo 9.- Afiliación al régimen contributivo de ESSALUD:
  - 9.1. Las personas que prestan servicios bajo la modalidad de Contrato Administrativo de Servicios son afiliados regulares del régimen contributivo de la seguridad social en salud, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 3 de la Ley N° 26790 - Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud- y sus normas reglamentarias y modificatorias. También están comprendidos los derechohabientes a que se refiere la citada ley.
  - 9.3. La contribución mensual correspondiente a la contraprestación mensual establecida en el contrato administrativo de servicios es de cargo de la entidad contratante, que debe declararla y pagarla en el mes siguiente al de devengo de la contraprestación. El cálculo de las contribuciones mensuales se establece sobre una base imponible máxima equivalente al 30% de la Unidad Impositiva Tributaria vigente, teniendo en cuenta la base imponible mínima prevista por el artículo 6 de la ley N° 26790 vigente.



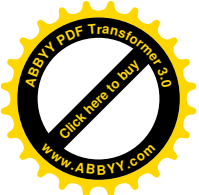
**Requisitos:**

**a) Nombrados**

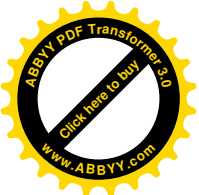
El niño o niña debe estar afiliado en ESSALUD.  
Formato 8002 (02 hojas)  
PDT (04 remuneraciones anteriores a la contingencia).  
Boleta de pago del mes en que nació el niño(a).  
DNI, titular y recién nacido(a).

**b) CAS**

El niño o niña debe estar afiliado en ESSALUD.  
Formato 8002 (02 hojas)  
PDT (04 remuneraciones anteriores a la contingencia).  
Boleta de pago del mes en que nació el niño(a).  
DNI, titular y recién nacido(a).  
Contrato y Adendas año anterior (Enero-Diciembre).  
Contrato y Adendas actual (Enero-Diciembre).  
Contrato de Sustitución.



| DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>INICIO</b>                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Usuario                                                                                                                            | 1. Presenta solicitud de Lactancia por Mesa de Partes, adjuntando los requisitos de acuerdo a lo normado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <u>Dirección General</u><br>(Trámite Documentario)<br><br>Técnico Administrativo<br>(CAS)                                          | 2. Recibe la solicitud, registra y asigna número de expediente y deriva por Sistema de Trámite Documentario (STD) a Secretaría de la Oficina Ejecutiva de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <u>Oficina Ejecutiva de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos</u><br><br>Secretaria III                                         | 3. Recibe la solicitud de Lactancia, con los requisitos presentados por el Usuario y deriva por Sistema de Trámite Documentario (STD), al Coordinador de Equipo de Trabajo de Desarrollo Organizacional.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <u>Oficina Ejecutiva de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos</u><br><br>Asistente Social IV<br>(CET-Desarrollo Organizacional) | <p>3. Recibe expediente de lactancia, verifica y analiza los documentos que contiene el expediente de acuerdo a lo normado.</p> <p><b><u>No esta conforme</u></b><br/>Si los documentos están incompletos, informa al usuario (trabajador de salud) para que subsane los inconvenientes, adjunta la documentación faltante y entrega directamente al CET T-Desarrollo Organizacional</p> <p><b><u>Si esta conforme</u></b><br/>Si los documentos están completos, llena los datos en el Formulario, de acuerdo a lo Especificado, por ESSALUD e ingresa el expediente a ESSALUD CENTRAL</p> <p>5. Realiza gestión y seguimiento en ESSALUD Central para la Calificación y Procesamiento de la Prestación Económica.</p> <p><b><u>No hay observación</u></b><br/>Recepciona de ESSALUD expediente Calificado con Fecha de Pago al Servidor para Cobro en cualquier Agencia del Banco Continental</p> <p><b><u>Si hay observación</u></b><br/>Reinicia proceso en caso de expedientes observados por ESSALUD Central.</p> |
| Usuario                                                                                                                            | 6. Recibe formato de Subsidio por lactancia, con Fecha de Pago al Servidor para Cobro en cualquier Agencia del Banco Continental.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>FIN</b>                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

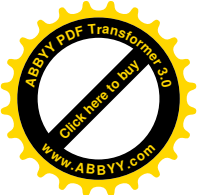


| ENTRADAS   |                      |            |            |
|------------|----------------------|------------|------------|
| NOMBRE     | FUENTE               | FRECUENCIA | TIPO       |
| Expediente | Tramite Documentario | Diario     | Mecanizado |

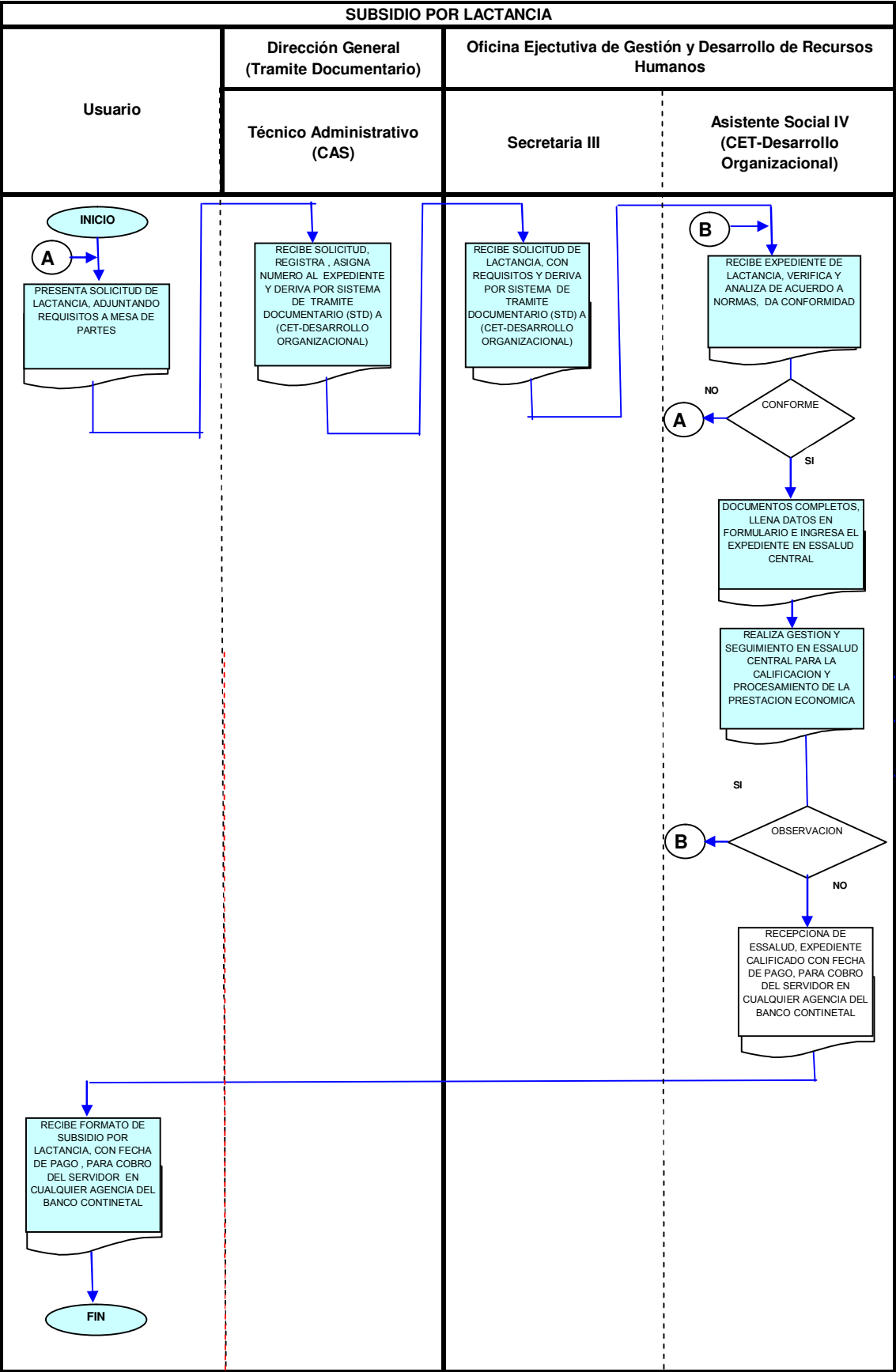
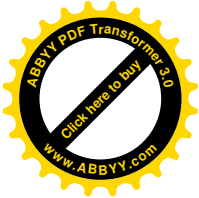
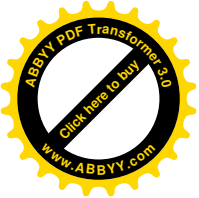
| SALIDAS |         |            |        |
|---------|---------|------------|--------|
| NOMBRE  | DESTINO | FRECUENCIA | TIPO   |
| Formato | Usuario | Diario     | Manual |


|                      |                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DEFINICIONES:</b> | <b>Beneficiario:</b> madre del niño (a) sea titular o no, en caso de la muerte de la madre, la beneficiaria es la abuela, Tía, ect, previo informe de la DEMUNA<br><b>Subsidio por lactancia:</b> pago directo a cargo de ESSALUD por niño nacido. |
| <b>REGISTROS:</b>    | Sistema de Tramite Documentario                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>ANEXOS:</b>       | Flujograma.<br>Formato 8002.                                                                                                                                                                                                                       |





# ANEXO



|                                                                                                                       |                                                                 |                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| <br><b>FORMULARIO</b><br><b>8002</b> | <b>SOLICITUD DE PAGO DIRECTO<br/>DE PRESTACIONES ECONOMICAS</b> | <b>FORMULARIO<br/>WEB N°8</b> |
|                                                                                                                       | USO ESSALUD                                                     | USO ESSALUD                   |
|                                                                                                                       | N° Expediente                                                   | Folios                        |

**I. DATOS DEL ASEGURADO**

|                                                                                                                                       |                                 |                        |                     |                                                         |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------|-----|
| Apellido Paterno                                                                                                                      |                                 | Apellido Materno       |                     | Nombres                                                 |     |
| Dir. : Av. / Jr. / Calle / Block / Carretera / Malecón / Plaza                                                                        |                                 | N°/Km/Mz/Int/Dpto/Lote |                     | Distrito                                                |     |
| Provincia                                                                                                                             |                                 |                        |                     |                                                         |     |
| Documento de Identidad                                                                                                                | Tipo                            | Número                 |                     | N° Autogenerado                                         |     |
| Teléfono Personal                                                                                                                     | Tipo de asegurado (Ver Tabla 1) |                        | Permanencia Laboral |                                                         |     |
|                                                                                                                                       |                                 | Fecha Ingreso          |                     | Continúa Laborando                                      |     |
|                                                                                                                                       |                                 | Fecha Cese             |                     | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |     |
| Cuatro últimas remuneraciones inmediatamente anteriores a la contingencia (no incluye gratificaciones ni bonificación por vacaciones) |                                 |                        |                     |                                                         |     |
| Mes                                                                                                                                   | Año                             | Mes                    | Año                 | Mes                                                     | Año |
| S/.                                                                                                                                   |                                 | S/.                    |                     | S/.                                                     |     |

**II. INFORMACIÓN SOBRE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA**

|                                               |                                               |                                               |                                    |                                      |  |             |  |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--|-------------|--|
| Tipo de Prestación Económica                  |                                               |                                               |                                    |                                      |  | Banco       |  |
| Incapacidad Temporal <input type="checkbox"/> | Maternidad 1° Armada <input type="checkbox"/> | Maternidad 2° Armada <input type="checkbox"/> | Lactancia <input type="checkbox"/> | Sepelio <input type="checkbox"/>     |  |             |  |
| Fecha de Nacimiento del lactante              |                                               | Día Mes Año                                   |                                    | Fecha de Fallecimiento del asegurado |  | Día Mes Año |  |

**III. DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA**

|                                                                |  |                        |                        |           |
|----------------------------------------------------------------|--|------------------------|------------------------|-----------|
| Nombre o Razón Social                                          |  | Teléfono               | Documento de Identidad |           |
|                                                                |  |                        | Tipo Número            |           |
| Dir. : Av. / Jr. / Calle / Block / Carretera / Malecón / Plaza |  | N°/Km/Mz/Int/Dpto/Lote |                        | Provincia |

**IV. DATOS DEL BENEFICIARIO**

|                                                                  |                  |                        |                        |           |
|------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------|------------------------|-----------|
| DATOS DEL BENEFICIARIO (Para prestación por Lactancia o Sepelio) |                  |                        |                        |           |
| Apellidos y Nombres o Razón Social                               |                  | Teléfono               | Documento de Identidad |           |
|                                                                  |                  |                        | Tipo Número            |           |
| Dir. : Av. / Jr. / Calle / Block / Carretera / Malecón / Plaza   |                  | N°/Km/Mz/Int/Dpto/Lote |                        | Provincia |
| DATOS DEL LACTANTE (Sólo para prestación por Lactancia)          |                  |                        |                        |           |
| Apellido Paterno                                                 | Apellido Materno | Nombres                | N° Autogenerado        |           |

**Firma y Sello de la Entidad Empleadora**

Como empleador declaro bajo juramento que los datos y la documentación que se adjunta a la presente son verdaderos. Como empleador declaro que el asegurado tuvo vínculo laboral con la empresa en el momento de la contingencia y en el periodo subsidiado; en caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional, éstos no se produjeron por nuestra negligencia, sujeta a verificación posterior y a las sanciones a que hubiere lugar.

**Firma del Asegurado/Titular**

**Firma del Beneficiario (solo sepelio)**

Como asegurado/beneficiario declaro bajo juramento que los datos y la documentación que se adjunta a la presente son verdaderos, sujeta a verificación posterior y a las sanciones a que hubiere lugar.

En caso de Sepelio; como beneficiario que acredite los gastos funerarios, declaro haberlos efectuado personalmente.

**Firma del Apoderado (de ser el caso)**

N° LE / DNI : .....

Nombres y Apellidos :

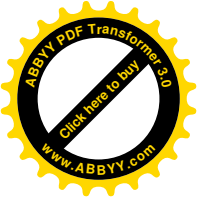
Firma y Sello de Recepción

**NO SE ACEPTAN BORRONES NI ENMENDADURAS**

**ESSALUD**

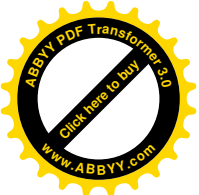
Continuar con siguiente parte....





## **PROCEDIMIENTO**

- SUBSIDIO POR ENFERMEDAD Y MATERNIDAD



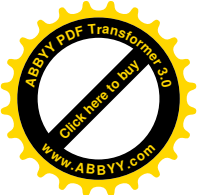
**PROCESO:** DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

|                                  |                                      |                |             |
|----------------------------------|--------------------------------------|----------------|-------------|
| <b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b> | SUBSIDIO POR ENFERMEDAD Y MATERNIDAD | <b>FECHA:</b>  | 02/08/2010  |
|                                  |                                      | <b>CODIGO:</b> | 002/OEGDRRH |

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PROPOSITO:</b>   | Establecer procedimientos para el Pago Directo a cargo de ESSALUD, de las Prestaciones Económicas por Enfermedad y Maternidad para resarcir económicamente a los trabajadores(as), que presentan una contingencia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>ALCANCE:</b>     | El presente procedimiento es de aplicación para los Empleados Públicos Asegurados Nombrados y CAS, del ámbito jurisdiccional de la Dirección de Salud IV Lima Este                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>MARCO LEGAL:</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>a. Decreto Legislativo N° 276, Ley de Base de la Carrera Administrativa y Remuneraciones</li><li>b. Decreto Supremo N° 005-90-PMC, Reglamento de la Ley de la Carrera Administrativa</li><li>c. Ley 26790 – ley de la Modernización de la Seguridad Social en Salud.</li><li>d. Decreto Supremo N° 009-97 S.A, Reglamento de la Ley 26790</li><li>e. Ley N° 28791, Ley que establece modificaciones a la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.</li><li>f. Decreto Supremo N° 020-2006-TR, Aprueban normas reglamentarias de la Ley N° 28791 que establece modificaciones a la ley de modernización de la seguridad social en salud.</li><li>g. Decreto Supremo N° 075-2008-PCM, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1057, que regula el régimen especial de contratación administrativa de servicios</li></ul> |

| INDICES DE PERFORMANCE                                                                              |                                                   |                                          |                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| INDICADOR                                                                                           | UNIDAD DE MEDIDA                                  | FUENTE                                   | RESPONSABLES                                                  |
| Número de Expedientes de Enfermedad y Maternidad Calificadas/Número Total de Expedientes recibidos. | Subsidio por enfermedad y maternidad calificados. | Trámite documentario, archivo de ET-DOB. | Coordinador de Equipo de Trabajo de Desarrollo Organizacional |





## NORMAS

### Decreto Legislativo N° 276

- **Artículo 24°.-** Son derechos de los servidores públicos de carrera: Incisos: c) Percibir la remuneración que corresponde a su nivel, incluyendo las bonificaciones y beneficios que procedan conforme a ley; e) Hacer uso de permiso o licencias por causas justificadas o motivos personales, en la forma que determine el Reglamento.

### Decreto Supremo N° 005-90

- CAPITULO IX: DE LOS DERECHOS DE LOS SERVIDORES: Artículo 110°.- Las licencias a que tienen derecho los funcionarios y servidores son:
  - a) Con goce de remuneraciones:
    - Por enfermedad;
    - Por gravidez;
    - Por fallecimiento del cónyuge, padres, hijos o hermanos;
    - Por capacitación oficializada;
    - Por citación expresa; judicial, militar o policial.
    - Por función edil de acuerdo con la Ley
- CAPITULO IX: DE LOS DERECHOS DE LOS SERVIDORES: Artículo 118°; Las licencias por matrimonio y por enfermedad grave del cónyuge, padres o hijos, serán deducidas del período vacacional inmediato siguiente del funcionario o servidor, sin exceder de treinta (30) días.

### Ley 26790

- **Artículo 12°.-** DERECHO DE SUBSIDIO: a) Subsidios por incapacidad temporal:
  - a.2) El subsidio por incapacidad temporal equivale al promedio diario de las remuneraciones de los últimos 4 meses calendario inmediatamente anterior al mes en que se inicia la contingencia. Si el total de los meses de afiliación es menor a 4, el promedio se determinará en función a los que tenga el afiliado.
  - b.2) El subsidio por maternidad se otorga por 90 días, pudiendo estos distribuirse en los períodos inmediatamente anteriores o posteriores al parto, conforme lo elija la madre, a condición que durante esos períodos no realice trabajo remunerado.

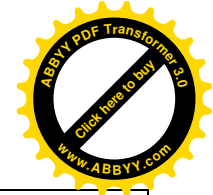
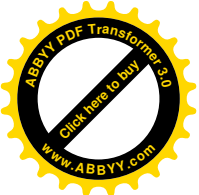
### Ley N° 28791; modifica la Ley N° 26790

- **Artículo 10°.-**DERECHO DE COBERTURA: Los afiliados y sus derechohabientes tienen el derecho a las prestaciones del Seguro Social de Salud siempre que aquellos cuenten con tres meses de aportación consecutivos o con cuatro no consecutivos dentro de los seis meses calendario anteriores al mes en que se inició la causal. En caso de accidente basta que exista afiliación.

Tratándose de afiliados regulares, se considera periodos de aportación aquellos que determinan la obligación de la Entidad Empleadora de declarar y pagar los aportes. Cuando la Entidad Empleadora incumpla con la obligación de pago del aporte y ocurra un siniestro, el IPSS o la Entidad Prestadora de Salud que corresponda deberá cubrirlo pero tendrá derecho a exigir a aquella el reembolso del costo de las prestaciones brindadas.

En el caso de los afiliados potestativos, los períodos de aportación son los que corresponden a aportes efectivamente cancelados. La cobertura no puede ser rehabilitada con aportes efectuados con posterioridad a la ocurrencia de la contingencia.

Las Entidades Empleadoras están obligadas a cumplir las normas de salud ocupacional que se establezcan con arreglo a Ley. Cuando ocurra un siniestro por incumplimiento comprobado de las normas antes señaladas, el IPSS o la Entidad Prestadora de Salud que lo cubra, tendrá derecho a exigir de la entidad empleadora el reembolso del costo de las prestaciones brindadas



- **Artículo 12º.- DERECHO DE SUBSIDIO:** Los subsidios se rigen por las siguientes reglas:

a) Subsidio por incapacidad temporal.

a.2) El subsidio por incapacidad temporal equivale al promedio diario de las remuneraciones de los últimos 12 meses calendarios inmediatamente anteriores al mes en que se inicia la contingencia. Si el total de los meses de afiliación es menor a 12, el promedio se determinará en función a los que tenga el afiliado.

b) Subsidios por maternidad y lactancia.

b.2) La determinación del subsidio por maternidad se establece de acuerdo al promedio diario de las remuneraciones de los 12 últimos meses. Si el total de los meses de afiliación es menor a 12, el promedio se determinará en función a los que tenga el afiliado.

**Decreto Supremo Nº 009-97 S.S. Reglamento de la Ley 26790**

- **Artículo 16º.- Subsidio por Maternidad:** El subsidio por maternidad se otorga en dinero con el objeto de resarcir el lucro cesante como consecuencia del alumbramiento y de las necesidades de cuidado del recién nacido. Se otorga por 90 días, pudiendo éstos distribuirse en los períodos inmediatamente anteriores o posteriores al parto, conforme lo elija la madre, con la condición de que durante esos períodos no realice trabajo remunerado. El subsidio por maternidad se extenderá por 30 días adicionales en los casos de nacimiento múltiple.

**Reglamento Nº 075, establece precisiones para el otorgamiento de prestaciones económicas a los contratados CAS.**

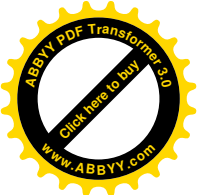
- **Artículo 9º.- Afiliación al régimen contributivo de ESSALUD:**

9.1. Las personas que prestan servicios bajo la modalidad de Contrato Administrativo de Servicios son afiliados regulares del régimen contributivo de la seguridad social en salud, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 3 de la Ley Nº 26790 - Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud- y sus normas reglamentarias y modificatorias. También están comprendidos los derechohabientes a que se refiere la citada ley.

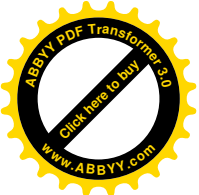
**Requisitos:**

- CERTIFICADOS ORIGINALES y 03 COPIAS si es maternidad y/o enfermedad.
- FORMATO 8002; 04 hojas si es maternidad y 02 hojas si es enfermedad.
- PDT; Programa Declaración Telemática y de los periodos remunerados.
- Carta del empleador con las 12 remuneraciones anteriores a la contingencia.
- DNI, si es maternidad 02 copias simples; si es enfermedad sólo 01 copia simple.





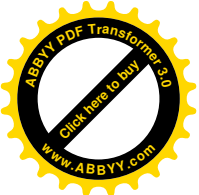
| DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>INICIO</b>                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Usuario                                                                                                                                       | 1. Presenta solicitud de Licencia por Enfermedad o Maternidad en Mesa de partes, con los requisitos exigidos, por la normatividad vigente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <u>Dirección General</u><br>(Trámite Documentario)<br><br>Técnico Administrativo<br>(CAS)                                                     | 2. Recibe la solicitud de Licencia por Enfermedad o Maternidad del usuario, registra y asigna un número de expediente y deriva por Sistema de Trámite Documentario (STD) a la Oficina Ejecutiva de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <u>Oficina Ejecutiva de<br/>Gestión y Desarrollo de<br/>Recursos Humanos</u><br><br>Secretaria III                                            | 3. Recibe la solicitud de Licencia por Enfermedad o Maternidad, con los requisitos presentados por el usuario y deriva por el Sistema de trámite Documentario (STD) a la Coordinador de Equipo de Trabajo de Desarrollo Organizacional.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <u>Oficina Ejecutiva de<br/>Gestión y Desarrollo de<br/>Recursos Humanos</u><br><br>Asistente Social IV<br>(CET-Desarrollo<br>Organizacional) | <p>4. Recibe expediente de Licencia por Enfermedad o Maternidad, verifica y analiza los documentos que contiene el expediente de acuerdo a lo normado.</p> <p><b><u>Si esta conforme</u></b><br/>Si esta completo; llena los Formularios (8002) de ESSALUD, según sea el caso, adjuntando los requisitos de ley, en caso de Maternidad se elabora 02 expedientes: prenatal y postnatal e ingresa el expediente a ESSALUD CENTRAL</p> <p><b><u>No esta conforme</u></b><br/>Si esta incompleto; se informa al usuario para que subsane los inconvenientes, adjunta el documento faltante y entrega directamente al CET - Desarrollo Organizacional</p> <p>9. Realiza gestión y seguimiento en ESSALUD Central para la Calificación y Procedimiento de la Prestación Económica por Enfermedad o Maternidad.</p> <p><b><u>No hay observación</u></b><br/>Recepciona de ESSALUD expediente de la prestación Económica por enfermedad o maternidad Calificado con Fecha de Pago al Servidor para su Cobro en cualquier Agencia del Banco Continental</p> <p><b><u>Si hay observación</u></b><br/>Reinicia proceso en caso de expedientes observados por ESSALUD Central</p> |
| Usuario                                                                                                                                       | 6. Recibe el formato de la Prestación Económica por Enfermedad o Maternidad Calificado con Fecha de Pago para cobro en cualquier Agencia del Banco Continental.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>FIN</b>                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |



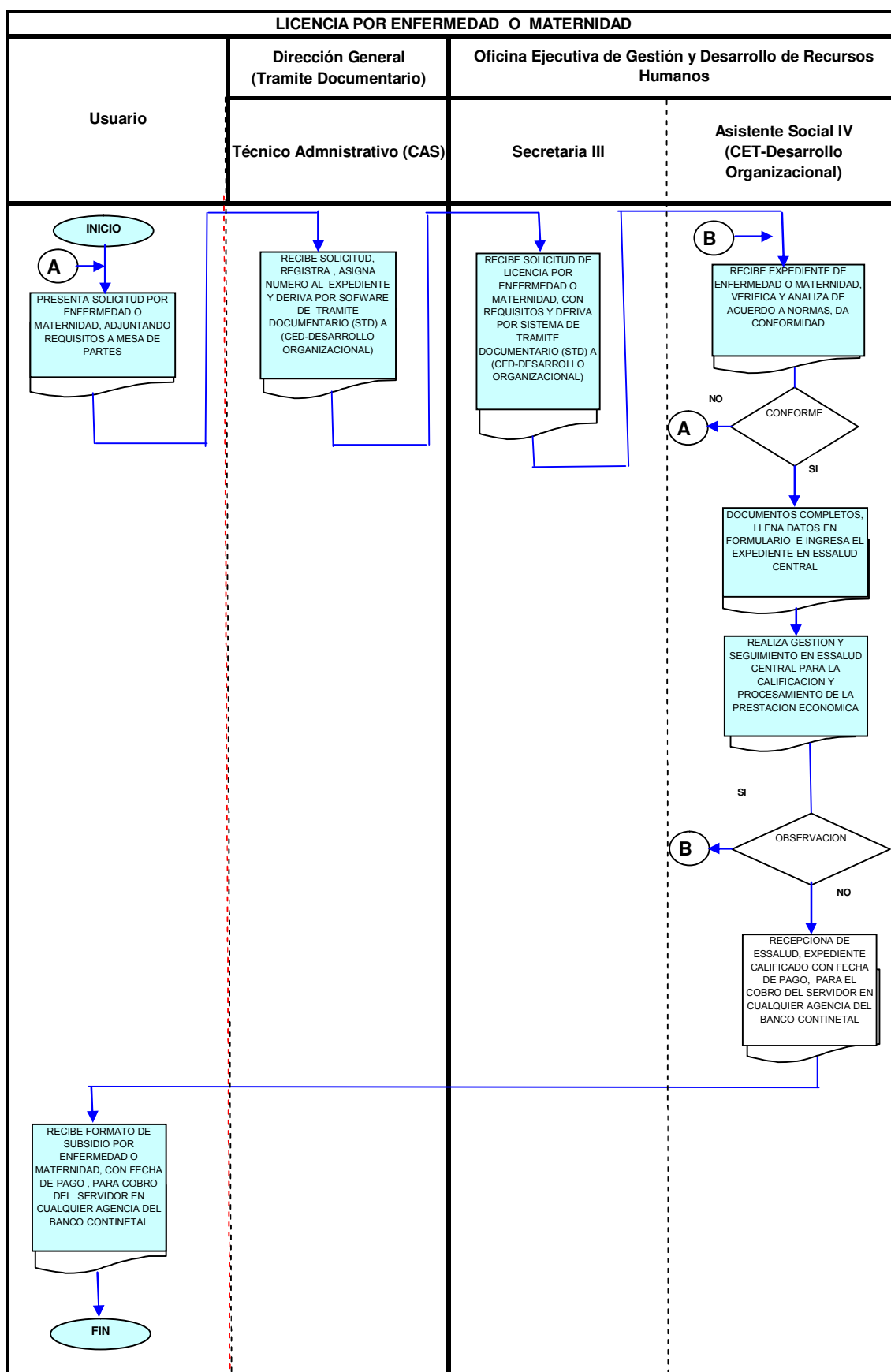
| ENTRADAS   |                      |            |            |
|------------|----------------------|------------|------------|
| NOMBRE     | FUENTE               | FRECUENCIA | TIPO       |
| Expediente | Tramite Documentario | Diario     | Mecanizado |

| SALIDAS |         |            |        |
|---------|---------|------------|--------|
| NOMBRE  | DESTINO | FRECUENCIA | TIPO   |
| Formato | Usuario | Diario     | Manual |

|                     |                                                                    |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <b>DEFINICIONES</b> | <b>Beneficiario:</b> trabajador (a), que presenta la contingencia. |
| <b>REGISTROS:</b>   | Sistema de Tramite Documentario                                    |
| <b>ANEXOS:</b>      | Flujograma.<br>Formato 8002, carta de 12 remuneraciones.           |



## ANEXO



**EsSalud**  
FORMULARIO  
**8002**

**SOLICITUD DE PAGO DIRECTO  
DE PRESTACIONES ECONOMICAS**

**FORMULARIO  
WEB N°8**

USO ESSALUD  
N° Expediente

USO ESSALUD  
Folios

**I. DATOS DEL ASEGURADO**

|                                                                                                                                       |                                 |                        |                     |                 |                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------|---------------------|-----------------|--------------------|
| Apellido Paterno                                                                                                                      |                                 | Apellido Materno       |                     | Nombres         |                    |
| Dir. : Av. / Jr. / Calle / Block / Carretera / Malecón / Plaza                                                                        |                                 | N°/Km/Mz/Int/Dpto/Lote |                     | Distrito        |                    |
| Provincia                                                                                                                             |                                 |                        |                     |                 |                    |
| Documento de Identidad                                                                                                                | Tipo                            | Número                 |                     | N° Autogenerado |                    |
| Teléfono Personal                                                                                                                     | Tipo de asegurado (Ver Tabla 1) |                        | Permanencia Laboral |                 |                    |
|                                                                                                                                       |                                 | Fecha Ingreso          |                     | Día             | Mes                |
|                                                                                                                                       |                                 | Fecha Cese             |                     | Año             | Continúa Laborando |
|                                                                                                                                       |                                 |                        |                     | SI              | NO                 |
| Cuatro últimas remuneraciones inmediatamente anteriores a la contingencia (no incluye gratificaciones ni bonificación por vacaciones) |                                 |                        |                     |                 |                    |
| Mes                                                                                                                                   | Año                             | Mes                    | Año                 | Mes             | Año                |
| S/.                                                                                                                                   |                                 | S/.                    |                     | S/.             |                    |

**II. INFORMACIÓN SOBRE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA**

|                                  |                          |                      |                          |                                      |                          |           |                          |         |                          |
|----------------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|---------|--------------------------|
| Tipo de Prestación Económica     |                          |                      |                          |                                      |                          | Banco     |                          |         |                          |
| Incapacidad Temporal             | <input type="checkbox"/> | Maternidad 1° Armada | <input type="checkbox"/> | Maternidad 2° Armada                 | <input type="checkbox"/> | Lactancia | <input type="checkbox"/> | Sepelio | <input type="checkbox"/> |
| Fecha de Nacimiento del lactante | Día                      | Mes                  | Año                      | Fecha de Fallecimiento del asegurado | Día                      | Mes       | Año                      |         |                          |

**III. DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA**

|                                                                |  |                        |                        |        |
|----------------------------------------------------------------|--|------------------------|------------------------|--------|
| Nombre o Razón Social                                          |  | Teléfono               | Documento de Identidad |        |
|                                                                |  |                        | Tipo                   | Número |
| Dir. : Av. / Jr. / Calle / Block / Carretera / Malecón / Plaza |  | N°/Km/Mz/Int/Dpto/Lote | Distrito               |        |
| Provincia                                                      |  |                        |                        |        |

**IV. DATOS DEL BENEFICIARIO**

|                                                                  |                  |                        |                        |        |
|------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------|------------------------|--------|
| DATOS DEL BENEFICIARIO (Para prestación por Lactancia o Sepelio) |                  |                        |                        |        |
| Apellidos y Nombres o Razón Social                               |                  | Teléfono               | Documento de Identidad |        |
|                                                                  |                  |                        | Tipo                   | Número |
| Dir. : Av. / Jr. / Calle / Block / Carretera / Malecón / Plaza   |                  | N°/Km/Mz/Int/Dpto/Lote | Distrito               |        |
| Provincia                                                        |                  |                        |                        |        |
| DATOS DEL LACTANTE (Sólo para prestación por Lactancia)          |                  |                        |                        |        |
| Apellido Paterno                                                 | Apellido Materno | Nombres                | N° Autogenerado        |        |
|                                                                  |                  |                        |                        |        |

Firma y Sello de la Entidad Empleadora

Como empleador declaro bajo juramento que los datos y la documentación que se adjunta a la presente son verdaderos. Como empleador declaro que el asegurado tuvo vínculo laboral con la empresa en el momento de la contingencia y en el periodo subsidiado; en caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional, éstos no se produjeron por nuestra negligencia, sujeta a verificación posterior y a las sanciones a que hubiere lugar.

Firma del Asegurado Titular  
Firma del Beneficiario (solo sepelio)

Como asegurado/beneficiario declaro bajo juramento que los datos y la documentación que se adjunta a la presente son verdaderos, sujeta a verificación posterior y a las sanciones a que hubiere lugar. En caso de Sepelio; como beneficiario que acredite los gastos funerarios, declaro haberlos efectuado personalmente.

Firma del Apoderado (de ser el caso)

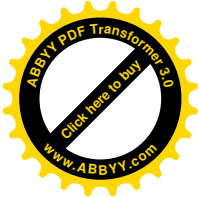
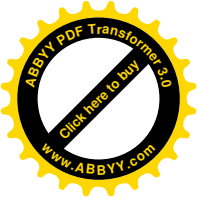
N° LE / DNI :  
Nombres y Apellidos :

Firma y Sello de Recepción

**NO SE ACEPTAN BORRONES NI ENMENDADURAS**

**ESSALUD**

Continuar con siguiente parte....



FORMULARIO  
WEB N°8

V. DOCUMENTOS QUE ACREDITEN LOS DÍAS DE INCAPACIDAD DEL ASEGURADO

Se adjunta a la presente solicitud los Certificados Médicos Particulares - CMP o Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo - CITT de acuerdo a lo siguiente según corresponda:  
En la primera presentación:  
1.- CMP o CITT por los primeros 20 días de incapacidad a cargo de la entidad empleadora de conformidad con el artículo 12° de la Ley N° 26790.  
2.- CITT a partir del vigésimo primer día de incapacidad.  
En la segunda presentación y siguientes:  
1.- CITT por los días de incapacidad.

| N° Certificado | N° días | Del | Día | Mes | Año | Al | Día | Mes | Año |
|----------------|---------|-----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|
|                |         | Del |     |     |     | Al |     |     |     |
|                |         | Del |     |     |     | Al |     |     |     |
|                |         | Del |     |     |     | Al |     |     |     |
|                |         | Del |     |     |     | Al |     |     |     |
|                |         | Del |     |     |     | Al |     |     |     |
|                |         | Del |     |     |     | Al |     |     |     |
|                |         | Del |     |     |     | Al |     |     |     |
| Total de días  |         |     |     |     |     |    |     |     |     |

REQUISITOS QUE ACOMPAÑAN A LA SOLICITUD (Marcar con un aspa (X) los documentos que se adjuntan)

| N° | REQUISITOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | INCAPACIDAD TEMPORAL | MATERNIDAD | LACTANCIA | SEPELIO |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------|-----------|---------|
| 1  | Aviso de Accidente de Trabajo, en original, en el caso que la incapacidad temporal sea originada por un accidente de trabajo y el asegurado esté afiliado al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo con una EPS.                                                                                                                | ( )                  |            |           |         |
| 2  | En el caso de hijos extra matrimoniales mostrar la partida de nacimiento original del lactante.                                                                                                                                                                                                                                     |                      |            | ( )       |         |
| 3  | De ocurrir el fallecimiento de la madre, el padre o tutor presentará la partida de defunción de la madre. En caso el padre no sea el tutor además, documento de tutela.                                                                                                                                                             |                      |            | ( )       |         |
| 4  | En caso de abandono del menor presentar el documento que acredite la tutela del lactante.                                                                                                                                                                                                                                           |                      |            | ( )       |         |
| 5  | Los pensionistas D.L. N° 19990, D.L. N° 18846, D.L. N° 20530 y AFP copia simple del último talón de pago y mostrar original.                                                                                                                                                                                                        |                      |            | ( )       | ( )     |
| 6  | Partida y Certificado de Defunción, presentar copia simple, mostrar original.                                                                                                                                                                                                                                                       |                      |            |           | ( )     |
| 7  | Copia del Documento que acredite a los herederos o el vínculo familiar con el asegurado o el vínculo con la madre menor de edad, según corresponda, mostrar original.                                                                                                                                                               | ( )                  | ( )        | ( )       | ( )     |
| 8  | Copia del poder de los beneficiarios otorgado a uno de ellos o Declaración Jurada por la cual asume total responsabilidad ante cualquier reclamo de otra persona con igual derecho, según corresponda.                                                                                                                              | ( )                  | ( )        |           | ( )     |
| 9  | Comprobantes de Pago originales, por servicios funerarios a nombre del beneficiario.                                                                                                                                                                                                                                                |                      |            |           | ( )     |
| 10 | Copia simple del Comprobante de Pago por concepto de nicho o terreno para sepultura o cremación así no se solicite reembolso por este concepto.                                                                                                                                                                                     |                      |            |           | ( )     |
| 11 | Certificado de necropsia en caso de muerte súbita y/o violenta, acompañado del parte policial.                                                                                                                                                                                                                                      |                      |            |           | ( )     |
| 12 | En caso de asegurados cuyos restos sean inhumados en zonas rurales, para cumplir con los requisitos 7 y 8, podrán presentar una Constancia de Gastos, adjuntando recibos simples u otros documentos en original, que sustenten el pago de los gastos efectuados, los cuales deben estar visados por autoridad competente del lugar. |                      |            |           | ( )     |
| 13 | En caso de fallecimiento por accidente de trabajo, presentar Declaración Jurada del empleador, indicando que el asegurado no estaba obligado a estar afiliado al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.                                                                                                                        |                      |            |           | ( )     |
| 14 | En caso de asegurados que fallecen en el extranjero, presentar los documentos indicados en los numerales 5, 7 y 8 debidamente traducidos y con firmas legalizadas por el Ministerio de Relaciones Exteriores, si corresponde.                                                                                                       |                      |            |           | ( )     |

CÁLCULO DEL SUBSIDIO A PAGAR (USO ESSALUD)

|                              |                                                                                                  |         |     |                 |  |  |  |                                                                            |                  |  |                                                                    |                 |  |                                                                                    |                              |     |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----|-----------------|--|--|--|----------------------------------------------------------------------------|------------------|--|--------------------------------------------------------------------|-----------------|--|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----|
| Del                          | <table><tr><td>Día</td><td>Mes</td><td>Año</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> | Día     | Mes | Año             |  |  |  | <table><tr><td>Días Subsidiados</td></tr><tr><td></td></tr></table>        | Días Subsidiados |  | <table><tr><td>Subsidio Diario</td></tr><tr><td></td></tr></table> | Subsidio Diario |  | <table><tr><td>Importe Total (sin céntimos)</td></tr><tr><td>S/.</td></tr></table> | Importe Total (sin céntimos) | S/. |
| Día                          | Mes                                                                                              | Año     |     |                 |  |  |  |                                                                            |                  |  |                                                                    |                 |  |                                                                                    |                              |     |
|                              |                                                                                                  |         |     |                 |  |  |  |                                                                            |                  |  |                                                                    |                 |  |                                                                                    |                              |     |
| Días Subsidiados             |                                                                                                  |         |     |                 |  |  |  |                                                                            |                  |  |                                                                    |                 |  |                                                                                    |                              |     |
|                              |                                                                                                  |         |     |                 |  |  |  |                                                                            |                  |  |                                                                    |                 |  |                                                                                    |                              |     |
| Subsidio Diario              |                                                                                                  |         |     |                 |  |  |  |                                                                            |                  |  |                                                                    |                 |  |                                                                                    |                              |     |
|                              |                                                                                                  |         |     |                 |  |  |  |                                                                            |                  |  |                                                                    |                 |  |                                                                                    |                              |     |
| Importe Total (sin céntimos) |                                                                                                  |         |     |                 |  |  |  |                                                                            |                  |  |                                                                    |                 |  |                                                                                    |                              |     |
| S/.                          |                                                                                                  |         |     |                 |  |  |  |                                                                            |                  |  |                                                                    |                 |  |                                                                                    |                              |     |
| Al                           | <table><tr><td>Día</td><td>Mes</td><td>Año</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> | Día     | Mes | Año             |  |  |  | <table><tr><td>Importe Total en letras</td></tr><tr><td></td></tr></table> |                  |  | Importe Total en letras                                            |                 |  |                                                                                    |                              |     |
| Día                          | Mes                                                                                              | Año     |     |                 |  |  |  |                                                                            |                  |  |                                                                    |                 |  |                                                                                    |                              |     |
|                              |                                                                                                  |         |     |                 |  |  |  |                                                                            |                  |  |                                                                    |                 |  |                                                                                    |                              |     |
| Importe Total en letras      |                                                                                                  |         |     |                 |  |  |  |                                                                            |                  |  |                                                                    |                 |  |                                                                                    |                              |     |
|                              |                                                                                                  |         |     |                 |  |  |  |                                                                            |                  |  |                                                                    |                 |  |                                                                                    |                              |     |
| Calificador                  |                                                                                                  | Revisor |     | Jefe de Oficina |  |  |  |                                                                            |                  |  |                                                                    |                 |  |                                                                                    |                              |     |

OBSERVACIONES (USO ESSALUD)

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

FECHA DE PROGRAMACIÓN DE PAGO

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|