



Reactivación de Pago de Subsidios

Yo, identificado(a) con D.N.I N°, en mi condición de asegurado(a) titular () representante legal de la entidad empleadora () o beneficiario(a) () con derecho a las prestaciones económicas otorgadas por EsSalud, al no haber realizado el cobro de la prestación económica de: Lactancia () Maternidad () Incapacidad Temporal () Sepelio () en la fecha programada, solicito se sirva disponer la reactivación de la orden de pago.

N° de expediente: (este dato se exceptúa para la reactivación de la orden de pago de la lactancia de oficio).

Lima, / / 201...
(día) (mes) (año)

.....

Firma

DNI: