



## RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N° 619 -GG-ESSALUD-2012

Lima, 16 de noviembre del 2012

### VISTA:

La Carta N° 1621 -GCPEyS-ESSALUD-2012, a través de la cual la Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales remite el proyecto de Directiva "Normas Complementarias al Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas"; y,

### CONSIDERANDO:

Que, el numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud – ESSALUD, establece como finalidad de la Institución la de dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que corresponden al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA, establecen como prestaciones económicas los subsidios por incapacidad temporal, maternidad y lactancia, y las prestaciones por sepelio;

Que, el artículo 9° de la Ley N° 26790 señala que las prestaciones son brindadas mediante los servicios de ESSALUD o de otras entidades, estableciendo los Reglamentos, los requisitos, condiciones y procedimientos pertinentes;

Que, el artículo 14° del Reglamento de la Ley 26790 indica que las prestaciones económicas comprenden los subsidios por incapacidad temporal, maternidad, lactancia y las prestaciones por sepelio, añadiendo que ESSALUD establece la normatividad complementaria que contemple las diferentes circunstancias en el otorgamiento de las prestaciones económicas;

Que el numeral 9.1 del artículo 9° de la Ley 27360, Ley que aprueba las Normas de Promoción del Sector Agrario, mantiene vigente el Seguro de Salud para los trabajadores de la actividad agraria en sustitución del régimen de prestaciones de salud;

Que, mediante Acuerdo de Consejo Directivo N° 58-14-ESSALUD-2011, se aprobó el Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas y se facultó a la Gerencia General para que dicte las normas y procedimientos complementarios que permitan dar cumplimiento a dicho Acuerdo;

Que en este contexto normativo, resulta necesario actualizar las normas complementarias, así como aprobar los formularios a utilizarse para el otorgamiento y pago de las prestaciones económicas;

Que, el literal b) del artículo 9° de la Ley N° 27056, establece que le compete al Gerente General dirigir el funcionamiento de la Institución, emitir las directivas y los procedimientos internos necesarios, en concordancia con las políticas, lineamientos y demás disposiciones del Consejo Directivo y del Presidente Ejecutivo;



RES.No 619-GG-ESSALUD-2012

Av. Domingo Cueto N° 120  
Jesús María - Lima Perú  
T.: 2656000 / 2657000  
[www.essalud.gob.pe](http://www.essalud.gob.pe)

Estando a lo expuesto, y en uso de las atribuciones conferidas;

**SE RESUELVE:**

1. **APROBAR** la Directiva N° 08 -GG-ESSALUD-2012 "Normas Complementarias al Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas", documento técnico que forma parte de la presente Resolución.
2. **MODIFICAR** los siguientes formularios y sus instrucciones, que se adjuntan a la presente Resolución:
  - Formulario 8001: Solicitud de Reembolso de Prestaciones Económicas
  - Formulario 8002: Solicitud de Pago Directo de Prestaciones Económicas
3. **FACULTAR** a la Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales a emitir las normas necesarias para la aplicación de la presente Directiva, así como las normas complementarias y/o modificatorias de los formularios indicados en el numeral 2 de la presente Resolución.
4. **DEJAR SIN EFECTO** la Directiva N° 009-GG-ESSALUD-2001 "Normas Complementarias al Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas" aprobada por Resolución de Gerencia General N° 248-GG-ESSALUD-2001, así como todas las normas que se opongán a la presente Resolución. [\(Ver resolución\)](#)

**REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE**



Ing. RAMON HUAPAYA RAYGADA  
GERENTE GENERAL  
ESSALUD



**DIRECTIVA N° 008 \_\_\_\_\_ -GG-  
ESSALUD-2012**

**NORMAS COMPLEMENTARIAS  
AL  
REGLAMENTO DE PAGO DE  
PRESTACIONES ECONÓMICAS**

**GERENCIA DE PRESTACIONES ECONOMICAS  
SUBGERENCIA DE NORMALIZACION Y CONTROL**

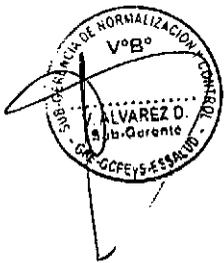
**SEPTIEMBRE 2012**

## INDICE

1	OBJETIVO.....	04
2	FINALIDAD.....	04
3	BASE LEGAL.....	04
4	ALCANCE.....	05
5	RESPONSABILIDAD.....	05
6	CONCEPTOS DE REFERENCIA.....	06
7	DISPOSICIONES GENERALES.....	07
7.1	Requisitos para solicitar prestaciones económicas.....	07
7.1.1	Subsidio por incapacidad temporal.....	07
7.1.2	Subsidio por maternidad.....	09
7.1.3	Subsidio por lactancia.....	10
7.1.4	Prestación por sepelio.....	11
7.2	Certificación de las solicitudes de prestaciones económicas.....	13
7.3	Lugar y condiciones de presentación.....	13
7.4	Evaluación de las solicitudes de prestaciones económicas.....	14
7.5	Evaluación del comportamiento de pago de las entidades empleadoras .....	14
7.6	Casos especiales que se presentan en la evaluación de las solicitudes de prestaciones económicas.....	15
8	DISPOSICIONES ESPECÍFICAS SOBRE PRESTACIONES ECONÓMICAS	17
8.1	Disposiciones sobre subsidio por incapacidad temporal.....	17
8.1.1	Oportunidad para el pago del subsidio.....	17
8.1.2	Cálculo del monto del subsidio según tipo de asegurado..	17
8.1.3	Inicio y duración del derecho al subsidio.....	20
8.1.4	Situaciones especiales para otorgar el subsidio.....	21
8.1.5	Extinción y pérdida del derecho del subsidio.....	21
8.1.6	Nulidad del derecho del subsidio.....	22
8.2	Disposiciones sobre subsidio por maternidad.....	22
8.2.1	Oportunidad para el pago del subsidio.....	22
8.2.2	Cálculo del monto del subsidio.....	22
8.2.3	Definición de afiliación al tiempo de concepción.....	22
8.2.4	Situaciones especiales para otorgar el subsidio.....	23
8.2.5	Extinción, pérdida y nulidad del derecho del subsidio.....	23
8.3	Disposiciones sobre subsidio por lactancia.....	23
8.3.1	Oportunidad para el pago del subsidio.....	23
8.3.2	Monto del subsidio.....	23
8.3.3	Situaciones especiales para otorgar el subsidio.....	24
8.4	Disposiciones sobre prestación por sepelio.....	24
8.4.1	Oportunidad para el pago de la prestación.....	24
8.4.2	Monto de la prestación.....	24
8.4.3	Conceptos a ser reconocidos para la prestación.....	24
8.4.4	Situaciones especiales para otorgar la prestación.....	25



8.4.5	Gastos de sepelio por el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.....	26
9	INCAPACIDADES TEMPORALES PROLONGADAS.....	26
9.1	Evaluación de Incapacidades Temporales Prolongadas.....	26
9.2	Resultados de Evaluación.....	26
9.3	Casos especiales de evaluación de incapacidades prolongadas...	27
10	FORMA DE PAGO DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS.....	27
10.1	Pago directo y pago con cargo a reembolso por parte de EsSalud.....	27
10.2	Redondeo del monto del subsidio.....	28
10.3	Fecha y lugar de pago.....	28
10.4	Rehabilitación y duplicado de documento de pago emitido por EsSalud.....	28
10.5	Pago de reintegros.....	28
10.6	Reembolso a entidades empleadoras morosas.....	29
10.7	Retenciones judiciales	29
11	RECURSOS IMPUGNATIVOS.....	29
11.1	Procedimiento.....	29
11.2	Instancias Resolutivas.....	29
12	DISPOSICIONES SOBRE SEGUROS POTESTATIVOS.....	30
12.1	Disposiciones generales.....	30
12.1.1	Periodo de aportación.....	30
12.1.2	Inicio de vigencia del contrato.....	30
12.1.3	Pago de las prestaciones económicas.....	31
12.2	Disposiciones relativas a la prestación por Incapacidad Temporal	31
12.2.1	Derecho a la prestación.....	31
12.2.2	Requisitos.....	31
12.2.3	Monto de la prestación.....	32
12.2.4	Inicio y duración de la prestación.....	32
12.2.5	Situaciones especiales para otorgar la prestación.....	32
12.2.6	Nulidad del derecho a la prestación.....	32
12.2.7	Oportunidad para el pago de la prestación.....	32
12.3	Disposiciones relativas a la prestación por Maternidad.....	32
12.3.1	Derecho a la prestación.....	32
12.3.2	Requisitos.....	32
12.3.3	Monto de la prestación.....	33
12.3.4	Situaciones especiales para otorgar la prestación.....	33
12.3.5	Oportunidad para el pago de la prestación.....	33
12.3.6	Nulidad del derecho a la prestación.....	33
12.4	Disposiciones relativas a la prestación por Lactancia.....	34
12.4.1	Derecho a la prestación.....	34
12.4.2	Requisitos.....	34
12.4.3	Monto de la prestación.....	34
12.4.4	Oportunidad para el pago de la prestación.....	34



<b>12.5</b>	Disposiciones relativas a la prestación por Sepelio.....	35
12.5.1	Derecho a la prestación.....	35
12.5.2	Periodos de carencia y espera.....	35
12.5.3	Requisitos.....	35
12.5.4	Monto de la prestación.....	36
12.5.5	Oportunidad para el pago de la prestación.....	36
12.5.6	Conceptos a ser reconocidos para la prestación.....	37



<b>13</b>	DISPOSICIONES TRANSITORIAS.....	37
13.1	Calificación contingencial del vínculo laboral.....	37



<b>14</b>	ANEXOS	37
14.1	Formulario 8001 "Solicitud de Reembolso de Prestaciones Económicas"	
14.2	Formulario 8002 "Solicitud de Pago Directo de Prestaciones Económicas"	



DIRECTIVA DE GERENCIA GENERAL N° 08.....-GG-ESSALUD-2012

“NORMAS COMPLEMENTARIAS AL REGLAMENTO DE PAGO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS”

1. OBJETIVO

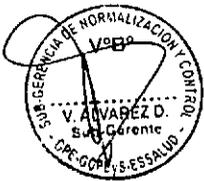
Establecer las normas y procedimientos complementarios al Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas aprobado mediante Acuerdo de Consejo Directivo N° 058-14-ESSALUD-2011

2. FINALIDAD

Brindar a las entidades empleadoras, asegurados y beneficiarios, un instrumento normativo que facilite el ejercicio de sus derechos y el cumplimiento de sus obligaciones relacionadas al otorgamiento de prestaciones económicas. Asimismo, regular el otorgamiento de las prestaciones económicas por parte del personal operativo y profesionales de la salud.

3. BASE LEGAL

- Ley N° 26790 - Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y sus modificatorias.
- Reglamento de la Ley N° 26790, aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA
- Ley N° 27056 Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD).
- Reglamento de la Ley N° 27056, aprobado por Decreto Supremo N° 002-99-TR, modificado por D.S. N° 002-2004-TR y D.S. N° 025-2007-TR.
- Ley N° 28791 – Ley que establece modificaciones a la Ley N° 26790
- Reglamento de la Ley N° 28791, aprobado por Decreto Supremo N° 020-2006-TR
- Ley N° 27177 – Ley que incorpora como afiliados regulares del Seguro Social de Salud a los pescadores y procesadores pesqueros artesanales independientes.
- Reglamento de la Ley N° 27177, aprobado por Decreto Supremo N° 002-2000-TR
- Ley N° 27360 – Ley que aprueba las Normas de Promoción del Sector Agrario
- Reglamento de la Ley N° 27360, aprobado por Decreto Supremo N° 049-2002-AG.
- Decreto Supremo N° 026-2000-AG – Modifica el inciso c) del Art. 13° del Reglamento de la Ley de Promoción del Sector Agrario, adicionando el subsidio por lactancia.
- Ley N° 27866 – Ley del Trabajo Portuario.
- Reglamento de la Ley N° 27866, aprobado por Decreto Supremo N° 003-2003-TR
- Decreto Supremo N° 013-2004-TR – Texto Único Ordenado del Reglamento de la Ley del Trabajo Portuario.
- Ley N° 28320 – Ley que amplía el plazo a que se refiere el inciso a) del artículo 3° de la Ley N° 28193, Ley que prorroga el plazo de vigencia del Comité Especial Multisectorial de Reestructuración de la Caja de Beneficios y Seguridad Social del Pescador.
- Reglamento de la Ley N° 28320, aprobado por Decreto Supremo N° 005-2005-TR y modificado mediante Decreto Supremo N° 005-2006-TR.
- Decreto Legislativo N° 1057 que Regula el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios.
- Reglamento del D.Leg N° 1057, aprobado mediante Decreto Supremo N° 075-2008-PCM
- Ley N° 24029 – Ley del Profesorado
- Ley N° 26715 – Ley que precisa caso de fallecimiento en que no se exige necropsia
- Ley N° 26842 – Ley General de Salud



- Ley N° 26887 – Ley General de Sociedades
- Ley N° 27201 – Ley que modifica los artículos 46°, 241° inciso 1), 389° y 393° del Código Civil.
- Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General
- Ley N° 28239 – Ley que modifica la Ley N° 26790, que reconoce subsidio adicional por lactancia y extiende en 30 días adicionales, el subsidio por maternidad en caso de partos múltiples.
- Ley 29060 – Ley del Silencio Administrativo
- Decreto Legislativo N° 295, que aprueba el Código Civil
- Decreto Supremo N° 003-98-SA que aprueba las Normas Técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.
- Decreto Supremo N° 010-2010-TR, que aprueba el Texto Único de Procedimientos Administrativos de EsSalud
- Decreto Supremo N° 163-2005-EF que dispone el pago directo a trabajadores de Unidades Ejecutoras del Presupuesto del Sector Público
- Decreto de Urgencia N° 002-2006 que modifica el D.S. N° 163-2005-EF, establece Pago Directo de subsidios a Trabajadores de Unidades Ejecutoras del Sector Público
- Acuerdo de Consejo Directivo N° 60-16-EESALUD-2008 que fija lineamientos para no continuar con el proceso de cobranza a entidades empleadoras
- Acuerdo de Consejo Directivo N° 58-14-ESSALUD-2011, que aprueba el Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas.
- Directiva N° 016-GG-ESSALUD-2001, referida al Procedimiento para distribución, emisión y control de Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo-CITT”, aprobada con Resolución de Gerencia General N° 654-GG-ESSALUD-2001 y modificada con Resolución de Gerencia General N° 346-GG-ESSALUD-2002
- Directiva N° 06-GG-ESSALUD-2009 “Normas para el Canje de Certificados Médicos Particulares por el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo –CITT”, aprobada mediante Resolución N° 379-GG-ESSALUD-2009

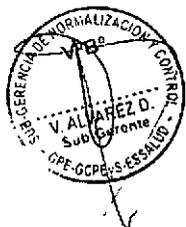
#### 4. ALCANCE

Esta directiva será de aplicación por las entidades empleadoras, asegurados regulares, agrarios, pesqueros, portuarios, aquellos bajo el régimen de Contrato Administrativo de Servicios-CAS, potestativos, y otros asegurados que se determinen por Ley o Acuerdo de Consejo Directivo, así como por las áreas encargadas del otorgamiento y autorización de pago de prestaciones económicas y de cobranza coactiva de EsSalud.

#### 5. RESPONSABILIDAD

Son responsables del cumplimiento y ejecución de la presente Directiva, los funcionarios y personal de las siguientes áreas de EsSalud, que realizan labores relacionadas con la presente Directiva:

- Gerencia Central de Aseguramiento
- Gerencia Central de Finanzas
- Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales
- Gerencia de Prestaciones Económicas
- Sub Gerencia de Auditoría de Certificaciones y Evaluación Médica
- Sub Gerencia de Normalización y Control
- Gerencia de Redes Asistenciales
- Dirección de Redes Asistenciales
- Sub Gerencia de Coordinación de Prestaciones
- Oficina de Coordinación de Prestaciones y Atención Primaria
- Jefe de Unidad de Prestaciones Económicas



- Jefe de Unidad de Prestaciones Económicas y Sociales
- Comisiones Médicas Evaluadoras de Incapacidades de las Redes Asistenciales
- Médicos de Control de las Redes Asistenciales
- Profesionales de la Salud de Redes Asistenciales

## 6. CONCEPTOS DE REFERENCIA

Para la aplicación de la presente Directiva se entiende por:

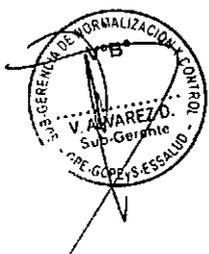
- a) **Acreditación:** Es el procedimiento de verificación de los requisitos que debe cumplir el afiliado para tener derecho de cobertura.
- b) **Beneficiario:**
- b.1. En el caso del subsidio por lactancia, es el hijo de asegurado regular o agrario. Se entrega a la madre o a la persona o entidad que lo tuviera a su cargo, de comprobarse el fallecimiento de la madre o del estado de abandono del recién nacido
- b.2. En el caso de la prestación por sepelio, es la persona o personas que acrediten haber sufragado los gastos de los servicios funerarios por la muerte de un asegurado titular con derecho a la prestación por sepelio.
- c) **Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo - CITT:** Es el documento oficial de EsSalud, por el cual se hace constar el tipo de contingencia (enfermedad, accidente o maternidad), y la duración del período de incapacidad temporal para el trabajo. Se otorga al asegurado acreditado con derecho al mismo, determinado por el tipo de seguro y característica de cobertura que genera subsidio por incapacidad temporal o maternidad. Este documento es emitido obligatoriamente y de oficio por el profesional de la salud autorizado y acreditado por EsSalud y la información del mismo es registrada en la historia clínica del asegurado.
- d) **Certificado Médico Particular (CMP):** Es el documento que habitualmente expiden los médicos después de una prestación asistencial y a solicitud del interesado. Pretende informar a otros de los procedimientos, diagnósticos y/o tratamientos (incluyendo el descanso médico), que fueron necesarios para su recuperación. El CMP no suele hacer constancia de las limitaciones que la enfermedad genera en el cumplimiento de sus actividades laborales. \*

- e) **Canje de Certificado Médico Particular:** Es el acto que consiste en sustituir el Certificado Médico Particular expedido en el país o en el extranjero, por el documento oficial CITT (Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo); previa evaluación y validación del sustento médico y evidencias que avalan a dicho certificado por el Médico de control o profesional de la salud autorizado y acreditado por EsSalud. Modificado por Resolución N° 1311-GG-ESSALUD-2014 (Ver resolución)

- f) **Devengados:** Son los subsidios por incapacidad temporal y por maternidad, que se pagan a los beneficiarios de asegurados con derecho que fallecieron antes de cobrarlos.

- g) **Faena de Pesca:** Son las labores realizadas por el trabajador pesquero en las embarcaciones acondicionadas para las actividades de extracción de especies hidrobiológicas en aguas marinas (alta mar) o continentales. También se considera faena de pesca a las que se realizan:

- En los tres (03) días anteriores al inicio de la temporada de pesca (en la que se prepara la embarcación para zarpar); y



- Tres (03) días posteriores al cierre de la temporada de pesca (para la conservación de la embarcación y artes de pesca en la época de veda).

- h) **Pago directo:** Es el pago del monto de la prestación económica realizada directamente por EsSalud al asegurado o beneficiario. Se pagará directamente los subsidios de lactancia y prestaciones por sepelio, así como, los subsidios por incapacidad temporal y maternidad en los casos de trabajadores del hogar, de construcción civil, trabajadores portuarios en baja temporal, trabajadores de Unidades Ejecutoras del Presupuesto del Sector Público, pescadores y procesadores pesqueros artesanales independientes, asegurados agrarios independientes, y otros definidos por Ley o Acuerdo de Consejo Directivo.
- i) **Pago con cargo a reembolso:** Es el pago del monto del subsidio por incapacidad temporal y maternidad por parte de la entidad empleadora al asegurado en la misma forma y oportunidad en que percibe sus remuneraciones o ingresos, y que luego es reembolsado por EsSalud al empleador. Se aplica a todas las entidades empleadoras, con excepción de los empleadores de trabajadores del hogar, de construcción civil, trabajadores portuarios en baja temporal y trabajadores de Unidades Ejecutoras del Presupuesto del Sector Público.
- j) **Período de Carencia:** Es el tiempo que debe transcurrir desde el momento de la afiliación para tener derecho de cobertura, según lo establecido por la normatividad que regula cada tipo de asegurado. En el caso de los seguros potestativos según lo establecido en el contrato respectivo.
- k) **Reintegros:** Es el pago complementario de subsidios por incapacidad temporal y por maternidad que se generan por modificaciones retroactivas de remuneraciones, por las cuales se haya pagado el aporte correspondiente, con anterioridad a la fecha de la contingencia, **previa expedición de Resolución Administrativa**
- l) **Remuneración:** Se entiende por remuneración, la así definida por los Decretos Legislativos N°s 728 y 650 y sus normas modificatorias.



## 7. DISPOSICIONES GENERALES

### 7.1 Requisitos para solicitar prestaciones económicas

#### 7.1.1 Subsidio por Incapacidad Temporal

Los requisitos que deben presentar el asegurado o la entidad empleadora, para solicitar el subsidio por incapacidad temporal son los siguientes:

- a) **Para asegurados regulares y agrarios dependientes:** Solicitud de Reembolso de Prestaciones Económicas - Formulario 8001 - que entrega EsSalud, debidamente llenada y firmada por el asegurado y el representante legal o funcionario autorizado de la entidad empleadora.



**Para trabajadores del hogar, construcción civil, trabajadores portuarios en baja temporal y trabajadores de Unidades Ejecutoras del Presupuesto del Sector Público:** Solicitud de Pago Directo de Prestaciones Económicas – Formulario 8002 – que entrega EsSalud, debidamente llenada y firmada por el asegurado y representante legal o funcionario autorizado de la entidad empleadora. En el caso de trabajadores portuarios que se incapacitan durante el período de baja temporal, la solicitud será firmada por el último empleador para el cual laboró.

**Para trabajadores pescadores y procesadores pesqueros artesanales independientes y agrarios independientes:** Solicitud de Pago Directo de Prestaciones Económicas – Formulario 8002 – que entrega EsSalud, debidamente llenada y firmada por el asegurado.

- b) Certificados médicos particulares o CITT en original que sustenten incapacidad por los primeros 20 días, los cuales deberán ser presentados por cada empleador del asegurado.
- c) CITT en original por los días posteriores a los primeros 20 días. Si son asegurados con empleador múltiple, deberán obtener y presentar CITT por cada empleador. En caso de certificados médicos particulares deberán ser canjeados por los CITT que correspondan. *Modificado por Resolución N° 1311-GG-ESSALUD-2014 (Ver resolución)*
- d) Cuando la incapacidad temporal sea originada por un accidente de trabajo: Presentar copia del Aviso de Accidente de Trabajo.
- e) Cuando el titular del subsidio haya fallecido y se trate de un pago directo:

Los herederos presentarán la partida de defunción del afiliado fallecido (original) y el documento que los acredite como tales (Testamento o Sucesión Intestada), así como el poder, por documento público o privado con firma legalizada notarialmente, que otorgan a uno de los beneficiarios para que a nombre de los demás herederos pueda solicitar el subsidio devengado y no cobrado, utilizando las clases de poderes establecidas por el Reglamento de la Ley Notarial, según el importe del subsidio:

- Hasta media UIT, poder por carta con firma legalizada
- Mas de media UIT y hasta 3 UIT, con poder fuera de registro
- Más de 3 UIT poder por Escritura Pública

- f) Cuando la entidad empleadora haya incumplido con el pago del subsidio, el asegurado efectuará el trámite como pago directo, presentando el formulario 8002 que no requerirá la firma del empleador. Adicionalmente a los requisitos establecidos, según corresponda, el asegurado cumplirá con presentar copia del cargo de la denuncia que haya presentado al Ministerio de Trabajo y promoción del Empleo por este hecho; la misma que será verificada por EsSalud como acto previo al otorgamiento del subsidio.



- g) En caso la entidad empleadora solicite el reembolso por subsidios, se solicitará al representante legal que muestre su documento de identidad; si el trámite lo efectúa un tercero entregará Carta de presentación de la entidad empleadora firmada por el representante legal autorizándolo a que tramite la solicitud, quien mostrará su DNI.

Si el asegurado solicita el Pago Directo del subsidio, se solicitará que muestre su documento de identidad. En caso sea un tercero, presentará Carta Poder Simple firmada por el asegurado autorizándolo a que tramite la solicitud de prestaciones económicas, quien mostrará su DNI.

- h) Cuando la incapacidad temporal sea originada por un accidente de trabajo: Presentar Declaración Jurada firmada y sellada por el representante legal de la entidad empleadora que certifique la afiliación o no afiliación del asegurado al SCTR.

En caso de trabajadores Pesqueros Ley N° 28320, adicionalmente presentar:

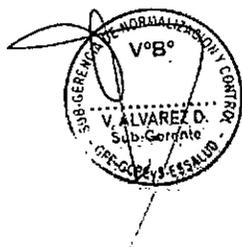
- a. Copia de parte de Zarpe y parte de Arribo, suscrita por la Capitanía de Puerto.  
 b. Constancia de Protesta Informativa por la Capitanía de Puerto que conste la ocurrencia producida tanto para naves en Ata Mar, como en Puerto y/o Fondeaderos.
- i) Cuando el asegurado titular recibió el subsidio de su empleador pero falleció sin haber firmado la solicitud de reembolso  
 La entidad empleadora presentará la partida de defunción del asegurado fallecido (original) y los documentos sustentatorios que acrediten que cumplió con pagar el subsidio al asegurado fallecido, familiar directo o persona autorizada por el mismo.
- j) En caso de incapacidad motivada por accidente causado por tercero, presentar Parte Policial o Informe de autoridad competente.
- k) En el caso de Trabajadores Pesqueros, Ley 28320, para determinar el importe y días a subsidiar se presentará:

- a. Copias de las boletas de pago y/o contrato de trabajo, firmadas por el trabajador y el representante legal o funcionario autorizado de la entidad empleadora de los últimos 04 meses anteriores al inicio de la contingencia.  
 b. Copia de los Partes de Arribo que consigne la fecha de Zarpe de la Nave donde se produjo el accidente, en la fecha de producida la ocurrencia,  
 c. Copia de los partes de Arribo que consigne la fecha de Zarpe de la nave incura, por las faenas de pesca posteriores en que ocurrió el accidente del trabajador.

### 7.1.2 Subsidio por Maternidad

Los requisitos que deben presentar la entidad empleadora o la asegurada, para solicitar el subsidio por maternidad, son los siguientes:

Se dejó sin efecto en su totalidad mediante Resolución N° 0518-GG-16 (Ver resolución)



Pago Primera Armada o Pago Total

a) Solicitud de Reembolso de Prestaciones Económicas - Formulario 8001 - o Solicitud de Pago Directo de Prestaciones Económicas - Formulario 8002 -según se indica en el numeral 7.1.1 a.

\* b) CITT en original. En caso de certificados médicos particulares deberán ser canjeados por CITT. Modificado por Resolución N° 1311-GG-ESSALUD-2014 (Ver resolución)

c) Cuando el titular del subsidio haya fallecido y se trate de un pago directo:

Los herederos presentarán la partida de defunción del afiliado fallecido (original) y el documento que los acredite como tales (Testamento o Sucesión Intestada), así como el poder, por documento público o privado con firma legalizada notarialmente, que otorgan a uno de los beneficiarios para que a nombre de los demás herederos pueda solicitar el subsidio devengado y no cobrado, utilizando las clases de poderes establecidas por el Reglamento de la Ley Notarial, según el importe del subsidio:

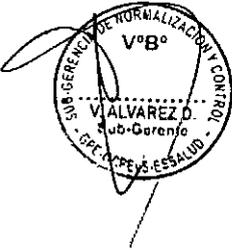
- Hasta media UIT, poder por carta con firma legalizada
- Mas de media UIT y hasta 3 UIT, con poder fuera de registro
- Más de 3 UIT poder por Escritura Pública

d) En caso de incumplimiento de pago del subsidio por el empleador, la asegurada cumplirá lo indicado en el numeral 7.1.1.f.

e) La identificación del empleador o asegurada, según corresponda, se efectuará conforme se indica en el numeral 7.1.1.g; asimismo, será de cumplimiento para la solicitud del pago de la segunda armada.

f) Cuando la asegurada titular recibió el subsidio de su empleador pero falleció sin haber firmado la solicitud de reembolso

La entidad empleadora presentará la partida de defunción de la asegurada fallecida (original) y los documentos sustentatorios que acrediten que cumplió con pagar el subsidio a la asegurada fallecida, familiar directo o persona autorizada por la misma.



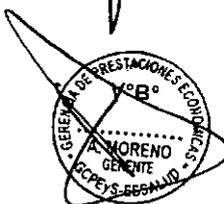
Pago Segunda Armada

Los requisitos establecidos en el literal a), así como los literales c), d) e) y f), de ser el caso, del presente numeral.

**7.1.3 Subsidio por Lactancia**

Es condición para acceder al subsidio por lactancia, que el lactante haya nacido vivo lo que se acredita con la partida de nacimiento y que haya sido inscrito como derechohabiente del asegurado (a) titular. La madre del lactante quien cobra el subsidio debe estar inscrita en el Seguro Social de Salud (EsSalud), y con vínculo familiar en caso de lactancia cónyuge.

En caso de adopción, los padres adoptantes para acceder al subsidio por lactancia, cumplirán los mismos requisitos previstos para los padres naturales.



Los requisitos que debe presentar el asegurado para solicitar el subsidio por lactancia, son los siguientes:

- a) Solicitud de Pago Directo de Prestaciones Económicas - Formulario 8002 - que entrega EsSalud, debidamente llenada y firmada por el asegurado y el representante legal o funcionario autorizado de la entidad empleadora. En el caso de los pensionistas la solicitud será firmada por la entidad empleadora que abona la pensión.
- b) El asegurado debe mostrar su documento de identidad. En caso sea un tercero, quien presente el expediente presentará Carta Poder Simple firmada por el asegurado autorizándolo a que tramite la solicitud de prestaciones económicas. El tercero mostrará su DNI.
- c) En el caso de fallecimiento de la madre, el padre o tutor deberán presentar la partida de defunción (original) de la madre y en el caso del tutor, el documento que acredite la tutela del niño. En caso de abandono del menor presentar el documento que acredite la tutela del lactante.
- d) En el caso que la madre menor de edad sea soltera y sin título oficial que la autorice a ejercer una profesión u oficio, la prestación se pagará a través del padre, madre o tutor de la madre menor de edad, quien deberá presentar copia y mostrar el documento que lo acredita como tal. Excepcionalmente, ante la ausencia o incapacidad comprobada de las tres personas anteriormente mencionadas, el subsidio será pagado al asegurado (padre del lactante). En cualquiera de los casos el interesado deberá identificarse presentando su documento de identidad.
- e) En el caso que la madre sea declarada incapaz, la prestación se pagará a través de su representante legal (curador), quien deberá presentar copia y mostrar el documento que lo acredita como tal

Derogado por Resolución N°956-GG-ESSALUD-2015 (Ver resolución)

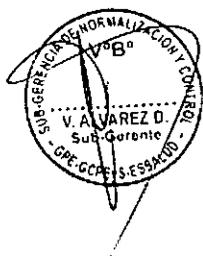
#### 7.1.4 Prestación por Sepelio

Los requisitos que debe presentar el beneficiario, para solicitar la prestación por sepelio, son los siguientes:

- a) Solicitud de Pago Directo de Prestaciones Económicas - Formulario 8002 - que entrega EsSalud, debidamente llenada y firmada por el beneficiario y el representante legal o funcionario autorizado de la entidad empleadora. En el caso de fallecimiento de un pensionista, la solicitud será firmada por el representante legal o funcionario autorizado de la entidad empleadora que abonaba la pensión.
- b) Comprobantes de Pago originales, por los servicios funerarios del asegurado fallecido, emitidos a nombre del beneficiario. En caso no se solicite reembolso por concepto de nicho o terreno para sepultura o cremación, se presentará copia simple (Copia Usuario) del comprobante de pago por este concepto. En caso sea cedida a título gratuito, presentar copia legalizada del documento fehaciente que acredite tal condición, o en su defecto presentar una Declaración Jurada consignando tal hecho.
- c) Partida de Defunción del asegurado titular (copia simple).



- d) Certificado de Defunción (copia simple y mostrar original).**
- e) El beneficiario debe mostrar su documento de identidad. En caso sea un tercero, quien presente el expediente presentará Carta Poder Simple firmada por el beneficiario autorizándolo a que tramite la solicitud de prestaciones económicas. El tercero mostrará su DNI.**
- f) En el caso de asegurado que fallece en el extranjero:**  
Los requisitos indicados en los literales c) y d); y b) si correspondiera, deben estar debidamente traducidos y con firmas legalizadas por el Ministerio de Relaciones Exteriores, con excepción de aquellos documentos que fueron legalizados en el país de origen por aplicación de los alcances del Decreto Supremo N° 086-2009-RE referente al "Convenio suprimiendo la exigencia de legalización de los documentos públicos extranjeros"
- g) En el caso de fallecimiento por accidente de trabajo o enfermedad profesional, adicionalmente:**  
Presentar Declaración Jurada firmada y sellada por el representante legal de la entidad empleadora que certifique que el asegurado no estaba obligado a estar afiliado al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.
- h) En el caso de asegurado pensionista de los regímenes regulados por los Decretos Leyes N° 19990, N° 18846, N° 20530, o de pensionista de la CBSSP, o de pensionista de una AFP o del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo - SCTR, adicionalmente, presentar copia simple del último talón de pago (mostrar original).**
- i) En caso de muerte súbita y/o violenta, presentar Parte Policial o informe de autoridad competente (original), acompañado del Certificado de Necropsia (copia), con las excepciones que señala la Ley N° 26715.**
- j) Registro de Baja por fallecimiento del Asegurado titular en los Sistemas de EsSalud.**
- k) Declaración Jurada de Beneficiario para Reembolso de Gastos de Sepelio, según modelo, debidamente llenada y firmada por el beneficiario.**
- l) Contrato (original) detallado de los servicios funerarios y de los servicios de inhumación o cremación, firmado por el beneficiario y la empresa proveedora de los servicios. (Sólo cuando se solicita el reembolso de gastos funerarios).**
- m) Copia de la Constancia de Entierro, firmada y sellada por el responsable del cementerio, indicando su nombre y cargo (sólo cuando el pago se ha realizado previamente al deceso o por nichos multifamiliares).**
- n) Copia de la Autorización de Cremación (cuando es aplicable).**
- o) Copia de la Autorización de traslado de cadáver (cuando es aplicable)**



**p) Cuando el beneficiario de la prestación haya fallecido:**

Los herederos presentarán la partida de defunción del beneficiario fallecido (original) y el documento que los acredite como tales (Testamento o Sucesión Intestada), así como el poder, por documento público o privado con firma legalizada notarialmente, que otorgan a uno de los beneficiarios para que a nombre de los demás herederos pueda solicitar el subsidio devengado y no cobrado, utilizando las clases de poderes establecidas por el Reglamento de la Ley Notarial, según el importe del subsidio:

- ✔ Hasta media UIT, poder por carta con firma legalizada
- ✔ Mas de media UIT y hasta 3 UIT, con poder fuera de registro
- ✔ Más de 3 UIT poder por Escritura Pública

Derogado por Resol N° 062-GG-ESSALUD-2016 (Ver resolución)

**7.2 Certificación de las solicitudes de prestaciones económicas**

La veracidad de los datos que se consignan en los formularios y de la documentación que se adjunta a las solicitudes de prestaciones económicas, será certificada por el representante legal de las entidades empleadoras a través de su firma y sello que debe consignar obligatoriamente en los formularios 8001 y 8002, la misma que será verificada con la fotocopia de su DNI y la página Web de RENIEC. Dicha labor de certificación puede ser delegada a otros funcionarios o trabajadores de la entidad empleadora mediante un Registro de Firmas debidamente autorizado con la firma y sello del representante legal. Esta certificación es aceptada por EsSalud bajo el principio de presunción de veracidad establecido en la Ley N° 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General.

**7.3 Lugar y condiciones de presentación**

Las solicitudes y los demás requisitos para solicitar cada una de las prestaciones económicas deberán ser presentados en los siguientes lugares:  
Lima y Callao: En las Unidades de Prestaciones Económicas (UPE)  
Provincias : En las Unidades o áreas de prestaciones económicas.

Es requisito que el documento de Identidad del asegurado o beneficiario se encuentre vigente en la fecha de presentación de la solicitud de Prestaciones Económicas, ya sea de Pago Directo o de Reembolso.

Los asegurados pensionistas presentarán sus solicitudes de lactancia y de sepelio, conforme sigue:

- Los pensionistas de la Ley N° 20530, en base a la dirección del empleador, dentro del ámbito de competencia de cada UPE.
- Para todos los pensionistas con dirección en el extranjero, de acuerdo a la dirección del empleador, dentro del ámbito de competencia de cada UPE.
- Para el resto de pensionistas, según la dirección consignada en su DNI, dentro del ámbito de competencia de cada UPE.

La Unidades Operativas de Subsidios a nivel nacional:

- a) Recepcionarán obligatoriamente las solicitudes (Formularios 8001 y 8002) así no cuenten con la totalidad de los requisitos, sin que en ningún caso se niegue, condicione o difiera su admisión.
- b) En caso que existan observaciones a la documentación presentada, acorde a lo regulado en el Artículo 125º, numeral 125.1, Ley N° 27444, requerirán la subsanación correspondiente en el plazo máximo de 2 días hábiles.



- c) Están obligadas a cumplir con el horario de atención al público.
- d) Para atender a los representantes de los administrados que presenten mayor número de solicitudes, siempre que su designación se encuentre acreditada, deberán fijar un día a la semana para la recepción de los expedientes que presenten, verificando sólo los aspectos de FORMA, tales como: requisitos, poderes, llenado completo de la solicitud y firmas.
- e) Tramitarán las solicitudes de prestaciones económicas de asegurados regulares activos cuyas entidades empleadoras, cuenten con oficinas principales o establecimientos anexos (formalizados ante SUNAT o tengan representatividad institucional o empresarial), domiciliados en la jurisdicción geográfica asignada por EsSalud.

#### 7.4 Evaluación de las solicitudes de prestaciones económicas

Luego de la presentación de las solicitudes, las Unidades o áreas de prestaciones económicas, en Lima y provincias, deberán evaluar:

- a) El cumplimiento de todos los requisitos, de acuerdo a cada tipo de prestación económica.
- b) El cumplimiento de las disposiciones generales y específicas para otorgar las prestaciones económicas de acuerdo a cada tipo de asegurado.

Si se cumple con lo indicado en los literales a) y b), las jefaturas de las Unidades de Prestaciones Económicas en Lima y Callao, y los Jefes de las Oficinas de Coordinación de Prestaciones o Jefes de Unidades de Prestaciones Económicas, en provincias, aprobarán la solicitud y autorizarán el otorgamiento de la prestación económica.

#### Quando se trate de entidades empleadoras morosas:

- No tendrán derecho al reembolso de los subsidios por incapacidad temporal o por maternidad que hayan pagado a sus trabajadores
- Se les exigirá el reembolso del costo (reversión de gastos) de las solicitudes de pagos directos de prestaciones económicas brindadas a sus trabajadores y/o beneficiarios.

#### Quando se identifiquen pagos indebidos de prestaciones económicas:

Las unidades operativas de prestaciones económicas notificarán a los asegurados, beneficiarios o entidades empleadoras el requerimiento de devolución del pago indebido de prestaciones económicas, precisando que en caso de no atención en un plazo de 72 horas, tal hecho será comunicado a la Gerencia de Cobranzas y Recuperaciones en Lima y las Oficinas que hagan sus veces en provincias, para que prosiga dicha cobranza mediante las acciones legales que correspondan.

#### 7.5 Evaluación del comportamiento de pagos de las entidades empleadoras

Para la evaluación del comportamiento de pagos de las entidades empleadoras, en los casos que en una entidad empleadora subsistan diversos regímenes, se tomará en cuenta los criterios de evaluación previstos para el régimen específico (Ley) al cual pertenece el asegurado que motiva la prestación económica solicitada a EsSalud.



## 7.6 Casos especiales que se presentan en la evaluación de solicitudes de prestaciones económicas

- a) En los casos de asegurados que cuentan con derecho al otorgamiento de las prestaciones económicas, y su entidad empleadora recién inicia sus actividades y sólo ha realizado uno o dos aportes, estará al día, si paga los aportes que le corresponden hasta el mes anterior al inicio de la contingencia.
- b) En los casos de trabajadores subsidiados de entidades empleadoras que se hayan acogido a alguna forma de reorganización societaria, prevista en la Ley N° 26887 – Ley General de Sociedades, continuarán gozando del subsidio.

Se tomará en cuenta lo prescrito en el Título II, Artículo 344° de la Ley General de Sociedades, que establece que:

- La fusión de dos o más sociedades para constituir una nueva sociedad incorporante origina la extinción de la personalidad jurídica de las sociedades incorporadas y la transmisión en bloque, y a título universal de sus patrimonios a la nueva sociedad.
- La absorción de una o más sociedades por otra sociedad existente origina la extinción de la personalidad jurídica de la sociedad o sociedades absorbidas. La sociedad absorbente asume a título universal y en bloque, los patrimonios de las absorbidas.

Igualmente, se considera lo señalado para las formas de escisión en el Artículo 367° de la Ley General de Sociedades, que establece que:

- La división de la totalidad del patrimonio de una sociedad en dos o más bloques patrimoniales, que son transferidos a nuevas sociedades o absorbidos por sociedades ya existentes o ambas cosas a la vez. Esta forma de escisión produce la extinción de la sociedad escindida.
- La segregación de uno o más bloques patrimoniales de una sociedad que no se extingue y que los transfiere a una o más sociedades nuevas, o son absorbidos por sociedades existentes o ambas a la vez. La sociedad escindida ajusta su capital en el monto correspondiente.

Estos casos de fusión y absorción así como de escisión serán evaluados específicamente por la unidad operativa, para lo cual el empleador presentará los documentos pertinentes que acrediten esta situación.

- c) En los casos de negocios de personas naturales, que se constituyen en una Micro o Pequeña Empresa – MYPE, acogida a la Ley N° 28015 “Ley de Promoción y Formalización de la Micro y Pequeña Empresa” y sus correspondientes modificaciones y normas reglamentarias, se tomarán en cuenta las siguientes consideraciones para evaluar la procedencia del otorgamiento de las prestaciones económicas a sus trabajadores:



TRABAJADOR	CONSIDERACION
1) Titulares o Conductores de MYPE	Es condición imprescindible que la MYPE haya sido inscrita en el Registro Nacional de la Micro y Pequeña Empresa (REMYPE) con anterioridad a la contingencia; fecha desde que es válida su inscripción como asegurado titular.
2) Cónyuge de Titulares o Conductores de MYPE	No tiene derecho a ser asegurada titular, por lo establecido en la Segunda Disposición Complementaria del TUO de la Ley de Productividad y Competitividad Laboral D.S. N° 003-97-TR.
3) Parientes consanguíneos hasta el segundo grado de los Titulares o Conductores de MYPE	La precitada norma establece que <u>"en el caso de servicios de los parientes consanguíneos hasta el segundo grado, para el titular o propietario persona natural conduzca o no el negocio personalmente, no genera relación laboral, salvo prueba en contrario"</u>  Por lo que esta presunción de NO LABORALIDAD deberá ser desvirtuada a través de pactos o convenios correspondientes, con lo cual se validará su condición de asegurado titular y tendrá derecho a las prestaciones económicas, siempre y cuando se encuentre acreditado.
4) Resto de trabajadores	Se les evalúa como a cualquier asegurado titular regular

- d) En los casos de negocios de personas naturales, que laboren informalmente sin acogerse a los beneficios de la Ley N° 28015, se tomarán en cuenta las siguientes consideraciones para evaluar la procedencia del otorgamiento de las prestaciones económicas a sus trabajadores:



TRABAJADOR	CONSIDERACION
1) Titular o Propietario	No tiene derecho a ser asegurado titular.
2) Cónyuge del Titular o Propietario	No tiene derecho a ser asegurada titular, por lo establecido en la Segunda Disposición Complementaria del TUO de la Ley de Productividad y Competitividad Laboral D.S. N° 003-97-TR.
3) Parientes consanguíneos hasta el segundo grado del Titular o Propietario	Se evalúa igual que lo señalado en el precitado literal c) 3). En tal sentido, la presunción de NO LABORALIDAD deberá ser desvirtuada a través de pactos o convenios correspondientes, con lo cual se validará su condición de asegurado titular y tendrá derecho a las prestaciones económicas, siempre y cuando se encuentre acreditado.
4) Resto de trabajadores	Se les evalúa como a cualquier asegurado titular regular.



## 8. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS SOBRE PRESTACIONES ECONÓMICAS

### 8.1 Disposiciones sobre subsidio por incapacidad temporal

#### 8.1.1 Oportunidad para el pago del subsidio

El subsidio por incapacidad temporal se otorga en dinero vencido el plazo que dure el descanso médico establecido en el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo y siempre que la solicitud se presente hasta el plazo máximo de seis meses contados a partir de la fecha en que termina el período de incapacidad.

Por excepción, en los casos que la incapacidad supere el plazo máximo de 11 meses y 10 días consecutivos, el cómputo del plazo de prescripción de seis meses para solicitar el subsidio se inicia desde el día siguiente, es decir a partir de los 11 meses 11 días.

En el caso de trabajadores cesados, así continúe la incapacidad, el plazo de prescripción de seis meses, se inicia a partir de la fecha de cese.

#### 8.1.2 Cálculo del monto del subsidio según tipo de asegurado

##### a) Base de cálculo

La base de cálculo para los asegurados regulares es su remuneración mensual, excluyendo las remuneraciones adicionales como las gratificaciones por Fiestas Patrias o Navidad u otros conceptos ordinarios legales o convencionales de periodicidad similar a las gratificaciones legales.

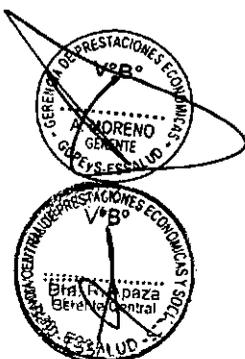
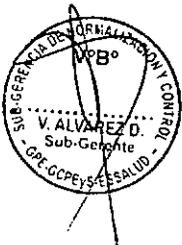
Las horas extras, sobretiempos y toda compensación por labor extraordinaria desarrollada fuera de la jornada regular del trabajo, se consideran remuneraciones complementarias y se incluirán en el cálculo de los subsidios sólo si son percibidas regularmente por el trabajador, aún cuando sus montos varíen.

Se considera cumplido el requisito de regularidad si el trabajador ha percibido tales remuneraciones cuando menos 6 meses en el período de los 12 meses anteriores al mes de la contingencia. En el caso que cuente con menor número de meses de afiliación se considerará cumplido dicho requisito si las percibe en no menos del 50% de los meses en que ha laborado el trabajador.

En el caso de trabajadores portuarios, adicionalmente se considerará como remuneración los siguientes conceptos.

- 16.67% de la remuneración diaria por Descanso Semanal Obligatorio.
- 8.33% de la remuneración diaria por vacaciones, y
- La parte proporcional de la Asignación Familiar de acuerdo a ley.

En el caso de los asegurados agrarios dependientes la base de cálculo será su remuneración mensual y en el caso de asegurados agrarios independientes será la remuneración mínima vital.



Para los asegurados pescadores y procesadores artesanales independientes se considerará la remuneración asegurable por la que efectúan sus aportes mensualmente.

Para el caso de los trabajadores pesqueros- Ley 28320 la base de cálculo por Incapacidad Temporal será su ingreso económico mensual obtenido por las faenas de pesca. Si tales asegurados presentan una base imponible mínima mensual de aportación de 4.4 RMV se evaluará la remuneración mensual en base a las boletas de pago de los asegurados solicitantes.

Para el caso de los asegurados CAS la base de cálculo por Incapacidad Temporal y por Maternidad, será su contraprestación mensual percibida, sin exceder la base imponible máxima (BIM) establecida en el Art. 6.4 del Decreto legislativo N° 1057; es decir el 30% de la UIT vigente al momento de la contingencia.

**b) Forma de cálculo para asegurados regulares dependientes (excepto trabajadores pescadores ex afiliados a la CBSSP)**

El subsidio por incapacidad temporal equivale al promedio diario de las remuneraciones de los doce últimos meses calendarios inmediatamente anteriores al mes en que se inicia la contingencia multiplicado por el número de días de goce del descanso médico. Es decir, equivale al total de remuneraciones de los últimos 12 meses, dividido entre 360 días y multiplicado por el número de días de goce del descanso. Si el total de los meses de afiliación es menor a 12 meses, el promedio se determinará en función al tiempo de afiliación del asegurado.

Cuando el asegurado tenga simultáneamente más de un empleador, recibirá el subsidio por incapacidad temporal por cada entidad empleadora.

Si el asegurado recién ingresó a laborar y sufre un accidente, el cálculo del subsidio se realizará en base a la remuneración acordada contractualmente con su entidad empleadora, debidamente acreditada.

Los subsidios que se hubieran pagado al asegurado en los 12 últimos meses calendario inmediatamente anteriores al mes en que se inicia la contingencia serán tomados en cuenta para el cálculo del subsidio.

Los reintegros dentro de los 12 últimos meses calendario inmediatamente anteriores al mes en que se inicia la contingencia, formaran parte del promedio a establecer sólo en lo que corresponda a dichos meses, siempre y cuando los haya declarado y pagado antes del mes del inicio de la contingencia.

Determinado el monto del subsidio promedio diario al inicio de la incapacidad temporal, este permanecerá invariable hasta el alta o el plazo máximo del subsidio; aún cuando la remuneración del asegurado varíe mientras está incapacitado.



**c) Forma de cálculo para asegurados pesqueros-Ley 28320**

El subsidio por incapacidad temporal se determinará dividiendo el ingreso económico de los últimos 4 meses previos a la contingencia entre 120 (días), multiplicado por los días a subsidiar.

Si el total de los meses de afiliación es menor a 4 meses, el promedio se determinará en función al tiempo de afiliación del asegurado.

En los casos de accidente, cuando el asegurado no cuente con afiliación en los meses anteriores al mes de la contingencia, el promedio se determinará en base al ingreso económico percibido en los días anteriores a la ocurrencia divididos entre 30 días sin que en ningún caso el ingreso económico sea menor a una remuneración Mínima Vital vigente a la fecha de la ocurrencia.

**d) Forma de cálculo para asegurados pescadores y procesadores pesqueros artesanales independientes, y agrarios independientes**

El subsidio por incapacidad temporal equivale al promedio diario de la remuneración asegurable por la que se ha pagado aportes en los últimos 04 meses calendarios anteriores al mes en que se inicia la contingencia multiplicado por el número de días de goce del descanso médico. Es decir, equivale al total de remuneraciones asegurables de los últimos 4 meses, dividido entre 120 días, multiplicado por el número de días de goce del descanso.

Si el total de los meses de afiliación es menor a 4 meses el promedio se determinará en función al tiempo de afiliación del asegurado.

En caso de asegurados agrarios independientes y procesadores pesqueros artesanales independientes, el promedio diario será como máximo el equivalente a la Remuneración Mínima Vital diaria vigente al momento de la contingencia.

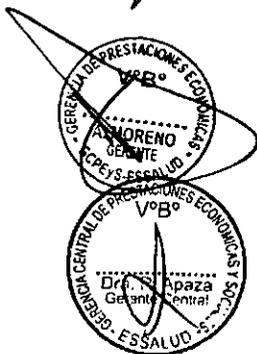
**e) Forma de cálculo para asegurados CAS**

El subsidio por Incapacidad Temporal y por Maternidad equivale al promedio diario de las contraprestaciones 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 meses, el promedio se determinará en función a los que tenga el afiliado.

El subsidio calculado, en ningún caso excederá la base imponible máxima (BIM) establecida en el Art. 6.4 del Decreto Legislativo N° 1057; es decir el 30% de la UIT vigente al momento de la contingencia.

**f) Forma de cálculo para asegurados agrarios dependientes**

El subsidio por incapacidad temporal equivale al promedio diario de la remuneración asegurable por la que se ha pagado aportes en los últimos 4 meses calendarios anteriores al mes en que se inicia la contingencia multiplicado por el número de días de goce del descanso médico. Es decir, equivale al total de remuneraciones asegurables de los últimos 4 meses, dividido entre 120 días,



multiplicado por el número de días de goce del descanso.

Si el total de los meses de afiliación es menor a 4 meses el promedio se determinará en función al tiempo de afiliación del asegurado.

### 8.1.3 Inicio y duración del derecho al subsidio

El derecho al subsidio se adquiere a partir del vigésimo primer día de incapacidad, para tal efecto se acumulan los primeros 20 días de incapacidad remunerados por la entidad empleadora durante cada año calendario, del 1° de Enero al 31 de Diciembre.

Por excepción, a los trabajadores portuarios una vez acreditado el derecho, se les reconocerá y otorgará el subsidio desde el primer día de incapacidad, y será abonado por los empleadores a quienes el trabajador estuviera prestando servicios al momento de la contingencia.

En los casos que el trabajador portuario se incapacite cuando no esté prestando labor efectiva para ningún empleador, EsSalud asumirá directamente el pago del subsidio desde el primer día de incapacidad y hasta cumplir el número de días que le falten para alcanzar su periodo máximo de baja temporal, que es de 3 meses contados desde la fecha de su último cese, luego de lo cual se encontrará en la condición de cesado y sin derecho al subsidio por incapacidad.

En el caso de Trabajadores Pesqueros- Ley N° 28320, el derecho al subsidio se adquiere a partir del vigésimo primer día de incapacidad producida durante el desarrollo de la faena de pesca y seguirá otorgándose mientras dure la incapacidad temporal y continúe la faena de pesca en la que se produjo la ocurrencia. Los primeros 20 días a cargo de la entidad empleadora corresponderán a incapacidades producidas durante la faena de pesca y serán reconocidos mientras dure ésta. En caso de incapacidad prolongada que supere la precitada faena de pesca y se mantenga el vínculo laboral se pagarán los periodos de la(s) siguientes(s) faena de pesca sin exceder los 340 días de incapacidad continua.

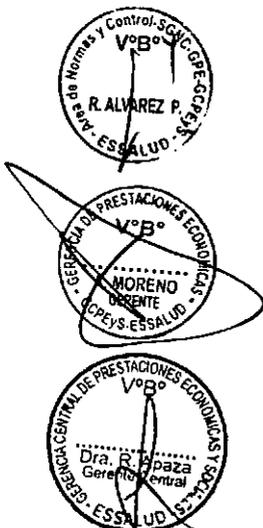
El subsidio por incapacidad temporal se otorgará mientras dure la incapacidad determinada y certificada por el médico autorizado y acreditado por EsSalud, en tanto no realice trabajo remunerado y hasta un máximo de 11 meses y 10 días consecutivos.

El total de los periodos no consecutivos por los cuales se pague el subsidio, no deberá ser mayor de 540 días, en el curso de 36 meses.

El subsidio a reconocer por EsSalud, cuando la incapacidad sea determinada por la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades como Permanente, será de un máximo de 180 días consecutivos y 540 días no consecutivos. Todo pago en exceso a este número de días correrá por cuenta de la entidad empleadora.

EsSalud sólo pagará los subsidios que sobrepasen los 150 días en base al Dictamen emitido por la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades y hasta el máximo de días que le corresponda según la incapacidad haya sido calificada por dicha Comisión.

Modificado por Resolución N° 1311-GG-ESSALUD-2014 (Ver resolución)



#### 8.1.4 Situaciones especiales para otorgar el subsidio

- a) Si al 31 de diciembre, el empleador o cooperativa estuviera pagando la remuneración correspondiente a los primeros 20 días de incapacidad en ese año, y la incapacidad continuara, seguirá abonando la remuneración hasta que el trabajador sea dado de alta o hasta que se cumplan los 20 días del siguiente año. Si al finalizar los 20 días subsistiera la incapacidad, EsSalud abonará los subsidios.

En el caso de asegurados pescadores y procesadores pesqueros artesanales independientes y agrarios independientes, que al 31 de diciembre se encuentren en los primeros 20 días de incapacidad en ese año, y la incapacidad continuara, EsSalud abonará el subsidio a partir del 21° día de incapacidad para el trabajo del siguiente año.

- b) Si al 31 de diciembre el asegurado regular trabajador en actividad dependiente, asegurado pescador y procesador pesquero artesanal independiente o asegurado agrario dependiente o independiente, estuviera subsidiado por EsSalud y la incapacidad continuara, se seguirá abonando el subsidio hasta ser dado de alta o hasta el vencimiento del plazo máximo.
- c) Si el asegurado regular trabajador en actividad dependiente, durante sus vacaciones sufre una incapacidad, y su empleador ya hubiera asumido los primeros 20 días, tiene derecho al subsidio de incapacidad temporal, a partir del día siguiente en que termina su período vacacional, siempre y cuando prosiga la incapacidad y se encuentre acreditado.
- d) Si un asegurado regular trabajador en actividad dependiente, sufre una incapacidad, durante la purga de una sanción disciplinaria de suspensión sin goce de haber, y su empleador ya hubiera asumido los primeros 20 días, tiene derecho al subsidio de incapacidad temporal, a partir del día siguiente en que termina su sanción disciplinaria, siempre y cuando prosiga la incapacidad y se encuentre acreditado.
- e) En el caso de los profesores del área de docencia del Sector Educación, cuyas vacaciones de 60 días son tomadas obligatoriamente al término del año escolar, no les corresponde el derecho al subsidio por los días de incapacidad que se pudieran presentar durante sus vacaciones (Enero y Febrero de cada año), debido a que por mandato legal no se puede percibir remuneración y subsidio a la vez.



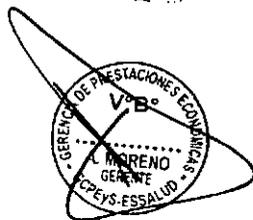
#### 8.1.5 Extinción y pérdida del derecho del subsidio

El derecho al subsidio de incapacidad temporal se extingue por:

- a) Cese del vínculo laboral.
- b) Recuperación de la salud o declaración de incapacidad permanente.**  
Modificado por Resolución N° 1311-GG-ESSALUD-2014 (Ver a resolución)

El derecho al subsidio de incapacidad temporal se pierde por:

- a) Realizar labor remunerada durante el periodo del subsidio.
- b) Abandonar o incumplir el tratamiento y las prescripciones médicas.



### 8.1.6 Nulidad del derecho al subsidio

El derecho al subsidio de incapacidad temporal es nulo cuando se obtiene fraudulentamente el reconocimiento y pago del subsidio.

## 8.2 Disposiciones sobre subsidio por maternidad Se dejó sin efecto en su totalidad mediante Resolución N° 0518-GG-16 (Ver resolución)

### 8.2.1 Oportunidad para el pago del subsidio

El subsidio por maternidad se otorga en dinero en dos armadas. En el caso de parto único son iguales y en cada una de ellas se reembolsará un período de 45 días subsidiados. En el caso de parto múltiple, la primera armada será de 45 días y la segunda armada será de 75 días subsidiados.

El trámite de pago de la primera armada se efectuará al término de los primeros 45 días.

El pago de la segunda armada se tramitará al finalizar el descanso por maternidad que es de 90 ó 120 días subsidiados, según se trate de parto único o múltiple.

El total del subsidio puede pagarse en una sola armada, siempre y cuando la solicitud se presente después de haber finalizado el descanso por maternidad.

El subsidio por maternidad se otorga siempre que la solicitud se presente hasta el plazo máximo de seis (06) meses contados a partir de la fecha en que termina el período máximo postparto o desde que terminó el período de incapacidad.

### 8.2.2 Cálculo del monto del subsidio

El subsidio por maternidad se calculará de acuerdo a los conceptos establecidos en el numeral 8.1.2 de la presente Directiva.

### 8.2.3 Definición de afiliación al tiempo de concepción

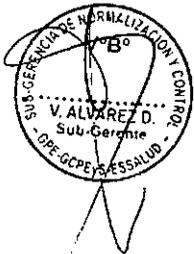
La Ley exige que la asegurada titular tenga vínculo laboral en el mes de la concepción, el mismo que se determina como el noveno mes anterior al mes de la fecha probable de parto.

Para el caso de las aseguradas pescadoras y procesadoras pesqueras artesanales independientes se considera que está afiliada al tiempo de la concepción cuando ha sido declarada por la entidad responsable en el mes de la concepción y cumplido con el pago del aporte correspondiente a ese mes.

En el caso de aseguradas agrarias no se les exige estar afiliadas al tiempo de la concepción.

### 8.2.4 Situaciones especiales para otorgar el subsidio

- Quando el parto se produce después de la semana 30, el descanso médico por maternidad siempre será por 90 días y no es necesario que el concebido nazca vivo.



- b) También tienen derecho a percibir prestaciones económicas por maternidad, por 90 días, cuando se produce el parto entre la semana 22 y la semana 30 de gestación, sólo si el concebido nace vivo y sobrevive más de 72 horas.
- c) Cuando una asegurada regular trabajadora en actividad dependiente inicia su descanso por maternidad durante la aplicación de una sanción disciplinaria de suspensión sin goce de haber, tiene derecho al subsidio de maternidad, a partir del día siguiente en que termina su sanción disciplinaria, siempre y cuando se encuentre acreditada.
- d) En el caso de las profesoras del área de docencia del Sector Educación, cuyas vacaciones de 60 días son tomadas obligatoriamente al término del año escolar, no les corresponde el derecho al subsidio por maternidad por los 60 días que duran sus vacaciones (Enero y Febrero de cada año), ya que por mandato legal no se puede percibir remuneración y subsidio a la vez.

**8.2.5 Extinción, pérdida y nulidad del derecho del subsidio**

El derecho al subsidio por maternidad se extingue, pierde o se anula, según corresponda, en los casos establecidos en el numeral 8.1.5, con excepción del literal b.; y numeral 8.1.6 de la presente Directiva.

**8.3 Disposiciones sobre subsidio por lactancia**

**8.3.1 Oportunidad para el pago del subsidio**

El subsidio se otorga en dinero y su pago se tramita por la madre o en caso de fallecimiento de la madre, por el padre, a partir del nacimiento del lactante y hasta el plazo máximo de seis meses contados desde la fecha en que termina el período máximo postparto.

En los casos de solicitudes de subsidio por lactancia de menores adoptados, se considerarán los siguientes criterios:

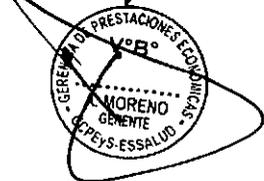
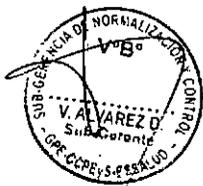
- En caso que la resolución de adopción fuera expedida antes que el menor cumpla los dos años de edad, el plazo de prescripción de 6 meses deberá contarse desde la fecha en que fue notificada a los padres adoptivos la resolución de adopción.
- Estando en trámite el procedimiento de adopción del menor, el plazo de prescripción de 6 meses deberá contarse a partir de los 2 años de edad del menor adoptado.

En los casos de lactantes en estado de abandono, el plazo para que la persona o entidad que lo tuviera a su cargo tramite la solicitud se iniciará a partir de la fecha en que se le otorgó la tutela.

**8.3.2 Monto del subsidio**

El monto del subsidio por lactancia, definido por el Consejo Directivo de EsSalud, es de S/. 820.00

En caso de parto múltiple el subsidio se abona por cada niño.



### 8.3.3 Situaciones especiales para otorgar el subsidio

- a) Cuando un asegurado pensionista no se encuentra registrado en el Sistema Informático de EsSalud, podrá demostrar tal condición laboral en base a la Resolución de Pensionista emitida por la entidad que le otorga la pensión, la cual será verificada directamente por la Unidad de Prestaciones Económicas ante dicha entidad. Si la entidad certifica la validez y se cumplen los demás requisitos, se procederá al otorgamiento del subsidio por lactancia, con cargo a Reversión de Gastos a la entidad pensionista por no declarar y pagar aportes por la totalidad de sus pensionistas.
- b) Las prestaciones económicas por Lactancia para los trabajadores pesqueros- Ley 28320, que se encuentren en baja temporal, serán otorgadas siempre que cumplan con tener dos aportaciones mensuales consecutivas o no consecutivas canceladas en los seis meses previos a la contingencia.

Derogado por Resolución N° 0956-GG-ESSALUD-2015 (Ver resolución)

### 8.4 Disposiciones sobre prestación por sepelio

#### 8.4.1 Oportunidad para el pago de la prestación

La prestación por sepelio se otorga en dinero al fallecimiento de un asegurado titular y su pago se tramita hasta el plazo máximo de seis meses contados a partir de la fecha del deceso.

#### 8.4.2 Monto de la prestación

El monto de la prestación por sepelio, se calculará en función a los gastos realizados por concepto de servicios funerarios por la muerte del asegurado titular y hasta por un tope máximo de S/2,070.00, definido por el Consejo Directivo de EsSalud.

#### 8.4.3 Conceptos a ser reconocidos para la prestación

Los conceptos a ser reconocidos para la prestación por sepelio, son los siguientes:

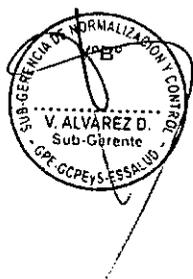
- Nicho perpetuo, terreno o cualquier cobro por derecho de cementerio.
- Ataúd (alquiler o compra).
- Lápida, urna o capilla (incluye mano de obra y materiales para su construcción).
- Capilla ardiente.
- Carroza o vehículo para traslado del cadáver.
- Flete por traslado del cadáver.
- Trámites.
- Vehículo para traslado de aparatos florales.
- Cargadores.
- Salón velatorio.
- Mortaja o ropa del cadáver.
- Aparatos florales.
- Vehículo para acompañantes.
- Necropsia.
- Urna para cenizas.
- Alquiler del horno de cremación.
- Tablilla para cremación.
- Derecho de cremación.
- Embalsamamiento del cadáver.



- Servicios para vestir el cadáver.
- Publicaciones
- Misa de cuerpo presente.

#### 8.4.4 Situaciones especiales para otorgar la prestación

- En los casos que se presenten algunos comprobantes de pago por servicios funerarios en condición de verdaderos y/o falsos, las unidades operativas de prestaciones económicas deberán declarar procedente la prestación por los documentos verdaderos; y denegar la prestación por los documentos falsos, remitiendo a las oficinas de asesoría jurídica la documentación sustentatoria que permita interponer contra los responsables las acciones legales en defensa de los intereses de EsSalud.
- En caso de existir más de un beneficiario y no superen el monto máximo reconocido por EsSalud, los beneficiarios pueden presentar independientemente sus solicitudes o endosar el comprobante de pago a uno de ellos
- En caso de existir más de un beneficiario y el monto supera el reconocido por EsSalud, se cursará un documento a los beneficiarios invitándolos a determinar quien realizará el cobro de la prestación. En caso no exista acuerdo entre los beneficiarios, se dividirá a prorrata la prestación
- Cuando un asegurado pensionista no se encuentra registrado en el Sistema Informático de EsSalud, podrá demostrar tal condición laboral en base a la Resolución de Pensionista emitida por la entidad que le otorga la pensión, la cual será verificada directamente por la Unidad de Prestaciones Económicas ante dicha entidad. Si la entidad certifica la validez de la Resolución y se cumplen los demás requisitos, se procederá al otorgamiento de la prestación por sepelio, con cargo a Reversión de Gastos a la entidad pensionista por no declarar y pagar aportes por la totalidad de sus pensionistas.
- Serán válidos para la calificación de solicitudes de prestaciones por sepelio, los Recibos emitidos por las Sociedades de Beneficiencia Pública y las Juntas de Participación Social, respecto a los cobros que efectúan por derechos de sepultura y servicios funerarios prestados en cementerios públicos.
- No se efectuará el reembolso de los gastos de sepelio, cuando éstos han sido cubiertos por organizaciones, empresas o instituciones públicas o privadas, en cumplimiento de sus estatutos, reglamentos, contratos y normas internas, o en contraprestación a los aportes que el asegurado fallecido realizó en vida. Igualmente, no se reembolsarán gastos de sepelio por concepto de mejoras a paquetes de servicios funerarios otorgados por dichas organizaciones, empresas o instituciones públicas o privadas.
- Las prestaciones económicas por sepelio para los trabajadores pesqueros- Ley 28320, que se encuentren en baja temporal, serán otorgadas siempre que cumplan con tener dos aportaciones



mensuales consecutivas o no consecutivas canceladas en los seis meses previos a la contingencia.

#### 8.4.5 Gastos de sepelio por el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo

Los gastos del sepelio de un asegurado, que estaba obligado a estar afiliado al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, cuyo fallecimiento ha sido causado por un accidente de trabajo o enfermedad profesional serán asumidos por este seguro y no por EsSalud.

Se dejó sin efecto mediante Resolución N° 062-GG-ESSALUD-2016. (Ver resolución)

### 9. INCAPACIDADES TEMPORALES PROLONGADAS

#### 9.1 Evaluación de Incapacidades Temporales Prolongadas

Las entidades empleadoras que pagan reembolsos por incapacidad temporal y/o los asegurados titulares subsidiados están obligados a solicitar al médico tratante y/o médico de control de EsSalud, según corresponda, una evaluación de la incapacidad para el trabajo, por parte de las Comisiones Médicas Evaluadoras y Calificadoras de Incapacidades de la Institución, cuando el asegurado incapacitado se encuentra incurso en los siguientes casos.

- Cuando se le haya otorgado más de un CITT que en su conjunto acumulen 150 días consecutivos de incapacidad.
- Cuando se le haya otorgado más de un CITT que en su conjunto acumulen 310 días no consecutivos en un lapso de 720 días.

Asimismo, los Jefes de UPE y/o Calificadores y/o Médicos de Control cuando detecten que se han acumulado CITT por 150 días consecutivos de incapacidad ó 310 días no consecutivos en un lapso de 720 días, deberán disponer que se efectúe una evaluación de la incapacidad para el trabajo.

El asegurado cumplirá los exámenes indicados por los médicos especialistas y la Comisión Médica; así como las condiciones y los procedimientos establecidos por la Institución para solicitar una evaluación de incapacidad y obtener el informe Médico de la referida Comisión Médica que definirá si la incapacidad es Temporal o Permanente.

Igualmente, las Comisiones Médicas Evaluadoras y Calificadoras de Incapacidades de EsSalud, efectuarán la evaluación de la incapacidad para el trabajo del asegurado cuando:

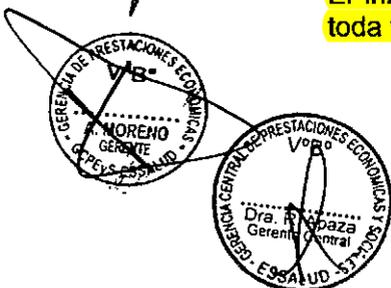
- El profesional de la salud califique durante la atención al asegurado, una enfermedad, daño o secuela irrecuperable o de tratamiento médico incierto y a largo plazo, es decir, de naturaleza permanente.

#### 9.2 Resultados de Evaluación

Si la Comisión Médica Evaluadora y Calificadora de Incapacidades determina que la incapacidad es de naturaleza temporal, EsSalud reconocerá el pago de subsidios hasta la fecha de alta, siendo el máximo subsidio que reconocerá por 340 días consecutivos o 540 días no consecutivos en el lapso de 36 meses calendario.

Si la Comisión determina que la incapacidad es de naturaleza permanente, EsSalud sólo reconocerá el subsidio por incapacidad temporal hasta los 180 días de incapacidad continua.

El informe de evaluación de la incapacidad es de uso exclusivo de EsSalud, toda vez que define la continuidad o no del subsidio por Incapacidad Temporal.



### 9.3 Casos especiales de evaluación de incapacidades prolongadas

En los casos de asegurados que luego de acumular los máximos períodos subsidiados, reingresan a laborar, y nuevamente dejan de laborar por una nueva incapacidad que se les presenta en un período menor o igual a sesenta días, se obrará conforme sigue:

#### En caso de días consecutivos de incapacidad

Cuando un asegurado regular en actividad que haya acumulado 340 días consecutivos de incapacidad, presente un nuevo Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT) en un período menor o igual a 60 días posteriores a los 11 meses y 10 días consecutivos, será referido por su Médico Tratante al Médico de Control quien:

- Si los días de incapacidad son originados por la misma enfermedad o daño, o si son complicaciones o secuelas de la misma contingencia, referirá al asegurado a la Comisión Médica Evaluadora y Calificadora de Incapacidades, para que determine si la incapacidad es de naturaleza permanente o no.
- Si la causa de la incapacidad es por una nueva enfermedad o accidente emitirá un documento que indique y autorice la expedición de nuevos CITT, conforme las normas previstas.

#### En caso de días no consecutivos de incapacidad

Cuando el asegurado regular en actividad haya acumulado 540 días no consecutivos de incapacidad en el curso de 36 meses, el Médico Tratante o la Oficina de Prestaciones Económicas comunicarán al Médico de Control tal hecho, procediendo éste último a determinar:

- Si los días de incapacidad son originados por la misma enfermedad o daño, si son complicaciones o secuelas de la misma contingencia, o se trata de enfermedades crónicas con complicaciones crónicas o compromiso de otro órgano o sistema, referirá al asegurado a la Comisión Médica Evaluadora y Calificadora de Incapacidades.
- Si las causas que originan nuevos períodos de incapacidad son diferentes, emitirá un documento que autorice la nueva expedición de CITT, conforme a la normatividad vigente.

Derogado por Resolución N° 1311-GG-ESSSALUD-2014 (Ver Resolución)

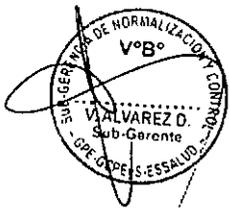
## 10. FORMA DE PAGO DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS

### 10.1 Pago directo y pago con cargo a reembolso por parte del EsSalud

El pago directo de las prestaciones económicas se realizará mediante órdenes de pago o cheques emitidos a nombre del asegurado o beneficiario.

El reembolso de los subsidios se realizará mediante órdenes de pago o cheques emitidos a nombre de la entidad empleadora, o a través de depósito en cuenta bancaria debidamente registrada en EsSalud. En cualquiera de las modalidades de pago se entregará una liquidación con el detalle de los trabajadores subsidiados y su monto individual.

Las Entidades Empleadoras podrán solicitar en las Unidades y áreas de prestaciones económicas, el registro de su cuenta bancaria a través de la cual se efectuará el reembolso de las prestaciones económicas mediante el Formulario 8008 "Solicitud de Registro de Cuenta Bancaria para Reembolso por Prestaciones Económicas" que entrega EsSalud.



### 10.2 Redondeo del monto del subsidio

El monto de los subsidios por incapacidad temporal, maternidad y de la prestación por sepelio se expresará en números enteros. Los criterios para la aplicación del redondeo son los siguientes:

Se aplicará al monto total del subsidio que se consigna en las solicitudes de pago de prestaciones económicas de cada asegurado.

Si la parte decimal es igual o mayor a 0.50, se considerará el entero superior.  
Si la parte decimal es menor a 0.50, se considerará el número entero.

### 10.3 Fecha y lugar de pago

El pago directo o reembolso de las prestaciones económicas se efectuará en la fecha y en cualquiera de las agencias del banco que se indique en la copia de la solicitud. En caso transcurran 30 días calendarios de la fecha de pago programada y no se haya hecho efectivo el pago, se anulará la orden; ésta podrá ser rehabilitada previa solicitud firmada por el asegurado titular o beneficiario, según corresponda, o el representante legal de la entidad empleadora solicitante, que se presentará en la misma oficina en la que se inició el trámite. Deberá adjuntarse a la solicitud, copia del formulario 8001 u 8002, según corresponda.

### 10.4 Rehabilitación y duplicado de documento de pago emitido por ESSALUD

Cuando una orden de pago emitida por EsSalud ha sido anulada o está deteriorada, el interesado podrá pedir su rehabilitación o la emisión de un duplicado, presentando solicitud simple al Jefe de la Unidad de Prestaciones Económicas, en Lima y Callao, o al Jefe de la Unidad de Prestaciones Económicas o Jefe de Unidades de Prestaciones Económicas y Sociales en provincias, siempre que no hubiese transcurrido el plazo de 10 años desde su emisión.

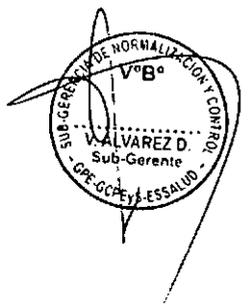
El área de Tesorería oficiará a la entidad bancaria para que anule o bloquee dicha cuenta e informe sobre la no cobranza y anulación de dicho documento. Asimismo, el área de Tesorería comunicará para la anulación del documento en el sistema de subsidios y proceso del duplicado.

En caso de extravío de Cheque o de una orden de pago, el interesado presentará la solicitud, cursada mediante carta notarial y la acompañará con copia certificada de la denuncia policial. En caso de deterioro, a la solicitud se adjuntará el documento deteriorado.

Para tramitar cualquiera de los casos indicados, el interesado deberá mostrar su documento de identidad. En caso que lo tramite un tercero, éste deberá presentar Carta Poder Simple firmada por el interesado autorizando a que un tercero realice el trámite de rehabilitación, asimismo, se adjuntará fotocopia del DNI del interesado y del tercero quien mostrará su DNI.

### 10.5 Pago de reintegros

En caso haya una diferencia del subsidio a favor del asegurado o beneficiario, éste o su empleador según corresponda, solicitarán por escrito el reintegro en la oficina donde se presentó la solicitud de prestaciones económicas, en un plazo que no excederá del plazo de prescripción de la prestación económica.



## 10.6 Reembolso a entidades empleadoras morosas

No procederá la entrega de las órdenes de pago, cheques o depósitos en cuenta bancaria por concepto de reembolso por subsidios, en los casos que las entidades empleadoras mantengan deudas a EsSalud y el Ejecutor Coactivo haya dispuesto la aplicación de medidas cautelares sobre los créditos a favor de dichas entidades, sin perjuicio de lo cual, EsSalud emitirá una comunicación con el detalle de los trabajadores subsidiados, monto individual y otra información pertinente, que será entregada a la entidad empleadora.

La aplicación de las precitadas medidas cautelares puede originarse por deudas provenientes de las contribuciones al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, de las obligaciones al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo y al Fondo de Derechos Social del Artista, así como, de las constituidas por el costo de las prestaciones otorgadas a los trabajadores de entidades empleadoras morosas y multas, emitiéndose el cheque correspondiente a la SUNAT y/o ESSALUD según corresponda.

En el caso que exista un saldo a favor de las entidades empleadoras con deudas, EsSalud les reembolsará éste mediante el cheque correspondiente

## 10.7 Retenciones Judiciales

El Poder Judicial a través de sus distintas dependencias podrá solicitar a las oficinas de prestaciones económicas que efectúen retenciones judiciales sobre los subsidios a otorgarse a trabajadores que han sido demandados por juicio de alimentos u otros motivos, para lo cual remitirá el Mandato Judicial precisando el importe o porcentaje (%) a retener; retención por la cual se emitirá el cheque correspondiente a favor de la demandante consignada en el Mandato Judicial

## 11. RECURSOS IMPUGNATIVOS

### 11.1 Procedimiento

El procedimiento para la interposición de recursos impugnativos que presenten las entidades empleadoras y asegurados ante el EsSalud sobre los aspectos regulados por la presente Directiva, se ceñirá a las normas establecidas por la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General, y sus normas modificatorias.

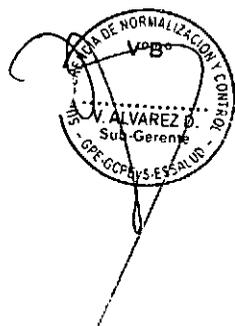
La calificación del silencio en los procedimientos de pago de Prestaciones Económicas deberá ser interpretado como Negativo, siendo de aplicación la Primera Disposición Transitoria Complementaria y Final de la Ley del Silencio Administrativo N° 29060, mediante la cual se señala excepciones a la norma para aquellos casos que generen la obligación de dar o hacer por parte del Estado.

### 11.2 Instancias Resolutivas

Las instancias resolutivas de los recursos impugnativos son las siguientes:

En Lima y Callao:

- |                             |  |
|-----------------------------|--|
| Recurso de Reconsideración: | Jefes de Unidad de Prestaciones Económicas             |
| Recurso de Apelación:       | Sub Gerente de Normalización y Control                 |
| Recurso de Revisión:        | Gerente Central de Prestaciones Económicas y Sociales. |



En Provincias:

Recurso de Reconsideración: Jefes de Unidad de Prestaciones Económicas (Redes Asistenciales Tipo A y B)  
Jefes de Unidad de Prestaciones Económicas y Sociales (Redes Asistenciales Tipo C)

Recurso de Apelación: Gerente de Red Asistencial  
Jefes de Oficinas de Coordinación de Prestaciones (Redes Asistenciales Tipo A y B)  
Jefes de Oficinas de Coordinación de Prestaciones y Atención Primaria (Redes Asistenciales Tipo C)

Recurso de Revisión: Gerente Central de Prestaciones Económicas y Sociales.

La Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales resuelve los recursos impugnativos en tercera instancia por delegación de la Gerencia General, conforme lo dispone el literal l) del artículo 7° del Reglamento de Organización y Funciones de dicha Gerencia Central, aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 108-PE-ESSALUD-2007.

**12. DISPOSICIONES SOBRE SEGUROS POTESTATIVOS**

Las disposiciones del presente numeral, se aplican para los siguientes seguros potestativos:

- EsSalud Independiente
- Essalud Independiente Personal
- Essalud Independiente Familiar
- Seguro Potestativo - Plan Protección Total

Se aplicarán asimismo, las disposiciones establecidas en los numerales precedentes en tanto no se opongan a lo que se establece en el presente numeral.

**12.1 Disposiciones Generales**

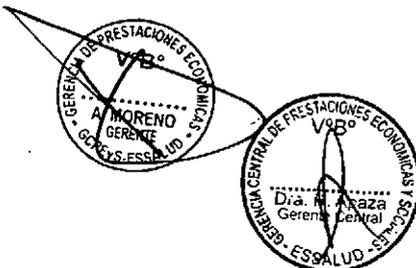
**12.1.1 Período de aportación**

Se considera período de aportación, aquel por el cual el asegurado ha pagado el aporte mensual establecido contractualmente.

**12.1.2 Inicio de vigencia del contrato**

Según el tipo de seguro contratado, son las siguientes:

- a) Seguro EsSalud Independiente: a partir del quinto día calendario siguiente al pago de la primera aportación.  
En caso de retraso en el pago de aportes, la cobertura se recupera a partir del quinto día calendario de haber regularizado los pagos.
- b) Seguro EsSalud Independiente Personal y Familiar: a partir del décimo día calendario de efectuado el pago de la primera aportación.



En caso de retraso en el pago de aportes, la cobertura se recupera a partir del décimo día calendario de haber regularizado los pagos.

- c) Seguro Potestativo – Plan Protección Total: desde el día siguiente de efectuado el pago del primer aporte.

En caso de retraso en el pago de aportes, la cobertura se recupera a partir del día siguiente de efectuado el pago, pero sin efecto retroactivo, por lo que en ningún caso responderá EsSalud por contingencias ocurridas, iniciadas, derivadas o a consecuencia de diagnósticos realizados durante el período en que el afiliado se encuentra sin cobertura, aún cuando la contingencia se prolongue al período en que el afiliado tenga cobertura.

### 12.1.3 Pago de las prestaciones económicas

Las prestaciones económicas serán pagadas directamente por EsSalud, mediante órdenes de pago o cheques, emitidos a nombre del asegurado o beneficiario.

## 12.2 Disposiciones relativas a la prestación por incapacidad temporal

### 12.2.1 Derecho a la prestación

Tienen derecho a esta prestación, únicamente los asegurados titulares afiliados al Plan Completo de los seguros EsSalud Independiente Personal y EsSalud Independiente Familiar, que:

- Se encuentren al día en el pago de sus aportaciones al momento de la contingencia.
- Hayan superado el período de carencia, salvo caso de accidente y el período de espera en los casos que corresponda.
- La causa de la incapacidad se encuentre cubierta por el plan de salud contratado
- La ocurrencia genere una incapacidad como mínimo de 21 días consecutivos.

### 12.2.2 Requisitos

Los requisitos que debe presentar el asegurado, para solicitar la prestación por incapacidad temporal, son los siguientes:

- a) Solicitud de Pago Directo de Prestaciones Económicas - Formulario 8002 - que entrega EsSalud, debidamente llenada y firmada por el asegurado.
- b) Certificado(s) de Incapacidad Temporal para el Trabajo, en original, emitido por profesional de la salud autorizado, en el centro asistencial de EsSalud al que se encuentra adscrito el afiliado, que sustenta la incapacidad por 21 o más días.
- c) Mostrar original del registro de afiliación.
- d) El asegurado titular al efectuar el trámite mostrará su documento de identidad. En caso que un tercero efectúe el trámite, mostrará su DNI y deberá presentar Carta Poder Simple firmada por el asegurado autorizándolo a que tramite la solicitud de prestaciones económicas,



- e) En caso que el titular de la prestación haya fallecido, los herederos presentarán la partida de defunción del afiliado fallecido (original) y el documento que los acredite como tales (Testamento o Sucesión Intestada), así como el poder, por documento público o privado con firma legalizada notarialmente, que otorgan a uno de los beneficiarios para que a nombre de los demás herederos pueda solicitar el subsidio devengado y no cobrado, utilizando las clases de poderes establecidas por el Reglamento de la Ley Notarial, según el importe del subsidio:
- Hasta media UIT, poder por carta con firma legalizada
  - Mas de media UIT y hasta 3 UIT, con poder fuera de registro
  - Más de 3 UIT poder por Escritura Pública

### 12.2.3 Monto de la prestación

La Prestación por Incapacidad Temporal es de S/. 41.00 por cada ocurrencia.

### 12.2.4 Inicio y duración de la prestación

El derecho a la prestación se adquiere cuando el asegurado presenta incapacidad continua igual o mayor a 21 días.

Se otorgará la prestación por un máximo de 16 ocurrencias en un año calendario, en función a la incapacidad temporal determinada y certificada por el médico de EsSalud.

### 12.2.5 Situaciones especiales para otorgar la prestación

Si la ocurrencia se origina durante la vigencia del contrato, pero el descanso médico otorgado por 21 o más días calendario supera dicha vigencia, procede el pago de la prestación económica por incapacidad temporal.

### 12.2.6 Nulidad del derecho a la prestación

El derecho a la prestación por incapacidad temporal es nulo cuando se obtiene fraudulentamente su reconocimiento y pago.

### 12.2.7 Oportunidad para el pago de la prestación

Se aplica lo establecido en el numeral 8.1.1.

## 12.3 Disposiciones relativas a la prestación por maternidad

Se dejó sin efecto en su totalidad mediante Resolución N° 0518-GG-16 (Ver resolución)

### 12.3.1 Derecho a la prestación

Tienen derecho a la prestación por maternidad, únicamente las aseguradas titulares afiliadas a los planes de salud Plan Ampliado y Plan Completo de los seguros EsSalud Independiente Personal y EsSalud Independiente Familiar, que:

- Se encuentren al día en el pago de sus aportaciones al momento del parto.
- Hayan superado el período de espera de 10 meses.

### 12.3.2 Requisitos

Los requisitos que debe presentar la asegurada titular, para solicitar la prestación por maternidad, son los siguientes:



- a) Solicitud de Pago Directo de Prestaciones Económicas - Formulario 8002 - que entrega EsSalud, debidamente llenada y firmada por la asegurada.
- b) Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo, en original, emitido por profesional de la salud autorizado en un centro asistencial de EsSalud.
- c) Mostrar original del registro de afiliación.
- d) La asegurada titular al efectuar el trámite mostrará su documento de identidad. En caso que un tercero efectúe el trámite, mostrará su DNI y deberá presentar Carta Poder Simple firmada por la asegurada autorizándolo a que tramite la solicitud de prestaciones económicas.
- e) En caso que la titular de la prestación haya fallecido, los herederos presentarán la partida de defunción del afiliado fallecido (original) y el documento que los acredite como tales (Testamento o Sucesión Intestada), así como el poder, por documento público o privado con firma legalizada notarialmente, que otorgan a uno de los beneficiarios para que a nombre de los demás herederos pueda solicitar el subsidio devengado y no cobrado, utilizando las clases de poderes establecidas por el Reglamento de la Ley Notarial, según el importe del subsidio:
  - Hasta media UIT, poder por carta con firma legalizada
  - Mas de media UIT y hasta 3 UIT, con poder fuera de registro
  - Más de 3 UIT poder por Escritura Pública

### 12.3.3 Monto de la prestación

La prestación por Maternidad es de S/. 41.00 por cada gestación.

### 12.3.4 Situaciones especiales para otorgar la prestación

Se tiene derecho cuando el parto se produce después de la semana 30 y no es necesario que el concebido nazca vivo.

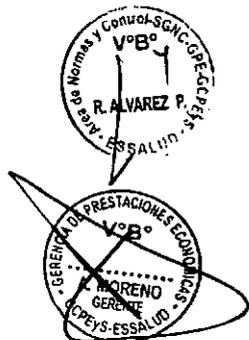
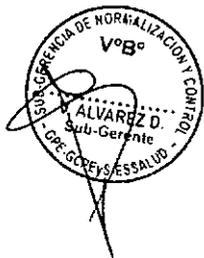
También se tiene derecho a percibir prestaciones económicas por maternidad, cuando el parto se produce entre la semana 22 y la semana 30 de gestación, sólo si el concebido nace vivo y sobrevive más de 72 horas.

### 12.3.5 Oportunidad para el pago de la prestación

La prestación por maternidad se otorga en dinero, a partir de la fecha de parto y siempre que la solicitud se presente hasta el plazo máximo de seis meses contados a partir de la fecha en que termina el período máximo postparto.

### 12.3.6 Nulidad del derecho a la prestación

El derecho a la prestación por maternidad, es nulo cuando se obtiene fraudulentamente su reconocimiento y pago.



## \* 12.4 Disposiciones relativas a la prestación por lactancia

### 12.4.1 Derecho a la prestación

Tienen derecho a la prestación por lactancia los hijos de asegurados titulares afiliados a los planes de salud Plan ampliado y Plan Completo de los seguros EsSalud Independiente Personal y EsSalud Independiente Personal y EsSalud Independiente Familiar, siempre que:

- Se encuentren al día en el pago de sus aportes al momento del nacimiento del lactante por el que se solicita la prestación.
- Hayan superado el período de carencia de 3 meses.

La prestación se entrega al asegurado titular, o a la persona o entidad que lo tuviera a su cargo de comprobarse el fallecimiento del asegurado titular o el estado de abandono del recién nacido.

### 12.4.2 Requisitos

Es condición para solicitar la prestación, que el lactante haya nacido vivo, lo que se acredita con la Partida de Nacimiento y que haya sido inscrito como derechohabiente del asegurado (a) titular.

Los requisitos que debe presentar el asegurado, para solicitar la prestación por lactancia, son los siguientes:

- Solicitud de Pago Directo de Prestaciones Económicas - Formulario 8002 - que entrega EsSalud, debidamente llenada y firmada por el asegurado(a).
- El asegurado titular al efectuar el trámite mostrará su documento de identidad. En caso que un tercero efectúe el trámite, mostrará su DNI y deberá presentar Carta Poder Simple firmada por el asegurado autorizándolo a que tramite la solicitud de prestaciones económicas.
- Mostrar original del registro de afiliación.
- En el caso de fallecimiento del asegurado titular, el padre o tutor deberán presentar la partida de defunción (original) de la madre y en el caso del tutor, el documento que acredite la tutela del niño. En caso de abandono del menor presentar el documento que acredite la tutela del lactante.

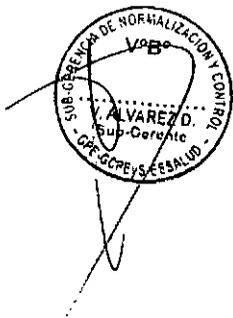
### 12.4.3 Monto de la prestación

El monto de la prestación por lactancia, equivale a S/. 102.50.  
En caso de parto múltiple la prestación se abona por cada niño.

### 12.4.4 Oportunidad para el pago de la prestación

La prestación se otorga al nacimiento del lactante y siempre que la solicitud se presente hasta el plazo máximo de seis meses contados a partir de la fecha en que termina el período máximo postparto.

En los casos de solicitudes de prestaciones por lactancia de menores adoptados, se considerarán los siguientes criterios:



- En caso que la resolución de adopción fuera expedida antes que el menor cumpla los dos años de edad, el plazo de prescripción de 6 meses deberá contarse desde la fecha en que fue notificada a los padres la resolución de adopción.
- Estando en trámite el procedimiento de adopción del menor, el plazo de prescripción de 6 meses deberá contarse a partir de los 2 años de edad del menor adoptado.

Se dejó sin efecto mediante Resolución N° 0956-GG-ESSALUD-2015 (Ver resolución)

## 12.5 Disposiciones relativas a la prestación por sepelio

### 12.5.1 Derecho a la prestación

Tienen derecho a la prestación por sepelio, los asegurados titulares de los seguros EsSalud Independiente, EsSalud Independiente Personal, EsSalud Independiente Familiar y Seguro Potestativo Plan Protección Total, que cumplan lo siguiente:

- Que el asegurado se encuentre al día en el pago de sus aportes a la fecha del deceso.
- Que la causa del fallecimiento se encuentre cubierta por el plan de salud contratado, teniendo presente sus respectivas exclusiones.
- Que el fallecimiento haya ocurrido en la vigencia del contrato y cumplidos los periodos de carencia y espera de ser el caso, salvo que se trate de muerte accidental.

### 12.5.2 Períodos de carencia o espera.

Según el tipo de seguro contratado son los siguientes:

- Seguro EsSalud Independiente: no está sujeto a período de carencia o espera.
- Seguros EsSalud Independiente Personal y Familiar:
  - Período de carencia de tres meses.
  - Período de espera de hasta 3 años, según el fallecimiento haya sido causado por parto, cirugías electivas, enfermedades oncológicas, diálisis, transplante renal, SIDA y todas las enfermedades relacionadas con el VIH – SIDA.
  - En caso de muerte accidental no se aplica período de carencia o espera.
- Seguro Potestativo Plan Protección Total: no está sujeto a período de carencia o espera.

Los períodos de carencia o espera no se aplicarán, o se computarán en forma continuada, en los casos previstos en el contrato de afiliación.

### 12.5.3 Requisitos

Los requisitos que deben presentar los beneficiarios, para solicitar la prestación por sepelio, son los siguientes:

- Solicitud de Pago Directo de Prestaciones Económicas - Formulario 8002, que entrega EsSalud, debidamente llenada y firmada por el beneficiario.



- b)** Comprobantes de Pago originales, por los gastos de sepelio del asegurado fallecido, emitidos a nombre del beneficiario (entregar los ejemplares usuario y SUNAT). En caso no se solicite reembolso por concepto de nicho o terreno para sepultura o cremación, se presentará copia simple del comprobante de pago por este concepto. En caso sea cedido a título gratuito, presentar copia legalizada del documento fehaciente que acredite tal condición, o en su defecto presentar una Declaración Jurada consignado tal hecho.
- c)** Partida de defunción original del asegurado titular
- d)** Certificado de defunción (copia simple)
- e)** Mostrar original del registro de afiliación.
- f)** El beneficiario al efectuar el trámite mostrará su documento de identidad. En caso que un tercero efectúe el trámite, mostrará su DNI y deberá presentar Carta Poder Simple firmada por el beneficiario autorizándolo a que tramite la solicitud de prestaciones económicas.
- g)** Copia de la Autorización de Cremación (cuando es aplicable).
- h)** Copia de la Autorización de traslado de cadáver (cuando es aplicable)
- i)** En caso de muerte súbita y/o violenta  
Presentar Parte Policial o informe de autoridad competente, acompañado del Certificado de necropsia, con las excepciones que señala la Ley N° 26715.
- j)** En el caso de asegurado que fallece en el extranjero:  
Los requisitos indicados en los literales c) y d), y b) si corresponde, deben estar debidamente traducidos y con firmas legalizadas por el Ministerio de Relaciones Exteriores.

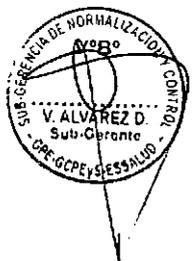
#### 12.5.4 Monto de la prestación

El monto de la prestación por sepelio, se calculará en función a los gastos realizados en los servicios funerarios por la muerte del asegurado titular afiliado a los seguros potestativos de EsSalud, hasta los siguientes toques:

- De S/. 2,070.00 para los seguros EsSalud Independiente y Seguro Potestativo Plan Protección Total
- De S/. 800.00, para los seguros EsSalud Independiente Personal y EsSalud Independiente Familiar.

#### 12.5.5 Oportunidad para el pago de la prestación

La prestación se otorga en dinero al fallecimiento de un asegurado titular y su pago se tramita hasta el plazo máximo de seis meses contados a partir de la fecha del deceso.



### 12.5.6 Conceptos a ser reconocidos para la prestación

Los conceptos a ser reconocidos para la prestación por sepelio, son los establecidos en el numeral 8.4.3 de la presente norma.

Derogado por Resolución N°0062-GG-ESSALUD-2016.(Ver resolución)

## 13. DISPOSICIONES TRANSITORIAS

### 13.1 Calificación contingencial del vínculo laboral

Cuando los expedientes se presentan en el mes, mes siguiente o entre el 01 al 15 del mes subsiguiente al mes de la contingencia y la información SUNAT aún no se visualiza en el aplicativo Acredita, se calificará contingencialmente el vínculo laboral del asegurado en el mes de la contingencia.

Esta calificación contingencial se efectuará en base al Formulario 8001 u 8002, comprobando previamente que la entidad empleadora aún no haya presentado su PDT por no haber vencido su cronograma o que habiéndolo presentado la información del PDT aún no se refleja en el Sistema de EsSalud.

Las solicitudes procesadas bajo esta modalidad quedan sujetas a Control Posterior, impulsándose las acciones de recupero en los casos que correspondan.



## 14. ANEXOS

14.1 Formulario 8001 "Solicitud de Reembolso de Prestaciones Económicas"

14.2 Formulario 8002 "Solicitud de Pago Directo de Prestaciones Económicas"

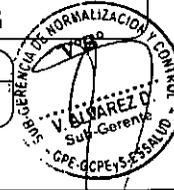




**SOLICITUD DE REEMBOLSO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS**

USO ESSALUD

N° Expediente



USO ESSALUD

Folios (en números y letras)

**I. DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA**

Nombre o Razón Social		Teléfono	RUC
			Correo electrónico
Dir. / Av. / Jr. / Calle / Block / Carretera / Matecón / Plaza		N°Km/Mz/Int/Dpto/Lote	Distrito
			Provincia

**II. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR**

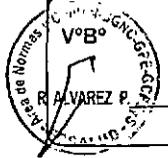
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
Documento de Identidad	Tipo	Número	N° Autogenerado	Teléfono Personal	Tipo de Asegurado Regular <input type="checkbox"/> Agrario <input type="checkbox"/>
Permanencia Laboral					
Fecha de Ingreso	Día	Mes	Año	Continúa Laborando	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
				Fecha de Cese	Día
				Mes	
				Año	
Doce últimas remuneraciones inmediatamente anteriores a la contingencia, sin incluir gratificaciones ni bonificación por vacaciones					
Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año
Sl.		Sl.		Sl.	
Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año
Sl.		Sl.		Sl.	
Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año
Sl.		Sl.		Sl.	

**III. 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"/>	

**IV. CÁLCULO DE LA PRESTACIÓN A REEMBOLSAR A LA ENTIDAD EMPLEADORA**

Del	Día	Mes	Año	Días Subsidiados	Subsidio Diario	Importe Total (sin céntimos)
						S/.
Al	Día	Mes	Año	Importe Total en letras		



Calificador

Jefe de Oficina

**V. DECLARACIÓN JURADA DEL ASEGURADO TITULAR**

Declaro bajo juramento haber recibido de mi empleador el importe de S/ ..... Son (.....) como pago de prestaciones económicas, por las cuales la entidad empleadora solicita el reembolso. Asimismo, que los datos y la documentación que se adjuntan a la presente son verdaderos, sujetándome a verificación posterior y a las sanciones a que hubiere lugar.

\_\_\_\_\_ Firma del Asegurado Titular



**VI. DECLARACIÓN JURADA DE LA ENTIDAD EMPLEADORA**

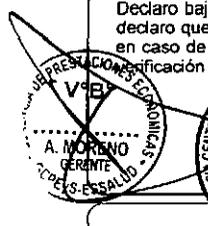
Declaro bajo juramento que los datos y la documentación que se adjuntan a la presente son verdaderos. Como empleador declaro que el asegurado tuvo vínculo laboral con la empresa en el momento de la contingencia y en el periodo subsidiado; en caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional, éstos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

\_\_\_\_\_ Firma y Sello del Representante Legal de la entidad empleadora

\_\_\_\_\_ Firma y Sello de Recepción

**NO SE ACEPTAN BORRONES NI ENMENDADURAS**

**ESSALUD**



**VII. 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

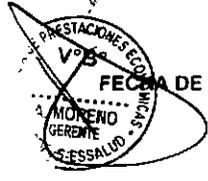


Total de días

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

N°	REQUISITOS	INC. TEMP.	MAT.
1	Originales de los Certificados Médicos Particulares o CITT que sustenten la incapacidad por los primeros veinte días.	( )	( )
2	Originales de los CITT's expedidos por ESSALUD, por el exceso de los veinte días. En caso de Certificados Médicos Particulares deberán canjearlos por CITT.	( )	( )
3	Original del CITT expedido por ESSALUD. En caso de Certificado Médico Particular deberá canjearlo por CITT.	( )	( )
4	Declaración Jurada firmada y sellada por el representante legal de la entidad empleadora que certifique la afiliación o no afiliación al SCTR (Opcional)	( )	( )
5	Original de la partida de defunción del asegurado subsidiado fallecido (Opcional).	( )	( )
6	Copia del Aviso de Accidente de Trabajo, para el caso que esté afiliado al SCTR (Opcional)	( )	( )
7	Carta de presentación de la entidad empleadora firmada por el representante legal, autorizando a un tercero a tramitar la solicitud (Opcional)	( )	( )
8	Documentos sustentatorios que acrediten que el empleador cumplió con pagar el subsidio al asegurado fallecido, familiar directo o persona autorizada por el mismo (Opcional)	( )	( )
9	Copia del Parte de Zarpe y Parte de Arribo suscritos por la Capitanía de Puerto, de la nave donde se produjo el accidente y en la fecha de producida la ocurrencia (Ley N° 28320).	( )	( )
10	Constancia de Protesta Informativa emitida por la Capitanía de Puerto que conste la ocurrencia producida tanto para naves de alta mar, como en puerto y/o fondeaderos (Ley N° 28320).	( )	( )
11	Copia de los Partes de Arribo que consigne la fecha de zarpe de la nave incurra, por las faenas de pesca posteriores en que ocurrió el accidente, por las cuales se solicita el reembolso del subsidio (Ley N° 28320).	( )	( )
12	Copias de las boletas de pago y/o contrato de trabajo, firmadas por el trabajador y el representante legal o funcionario interesado de la entidad empleadora (Ley N° 28320).	( )	( )

**OBSERVACIONES (USO ESSALUD)**



FECHA DE PROGRAMACIÓN DE PAGO





**SOLICITUD DE REEMBOLSO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS**

USO ESSALUD

N° Expediente



USO ESSALUD

Folios (en números y letras)

**I. DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA**

Nombre o Razón Social		Teléfono	RUC
			Correo electrónico
Dir.: Av. / Jr. / Calle / Block / Carretera / Malecón / Plaza		N°Km/Mz/Int/Dpto/Lote	Distrito
			Provincia

**II. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR**

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
Documento de Identidad	Tipo	Número	N° Autogenerado	Teléfono Personal	Tipo de Asegurado Regular <input type="checkbox"/> Agrario <input type="checkbox"/>
Permanencia Laboral					
Fecha de Ingreso	Día	Mes	Año	Continúa Laborando	Fecha de Cese
				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Día
					Mes
					Año
Doce últimas remuneraciones inmediatamente anteriores a la contingencia, sin incluir gratificaciones ni bonificación por vacaciones					
Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año
S/.		S/.		S/.	
Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año
S/.		S/.		S/.	
Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año
S/.		S/.		S/.	
Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año
S/.		S/.		S/.	

**III. 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"/>	

**IV. CÁLCULO DE LA PRESTACIÓN A REEMBOLSAR A LA ENTIDAD EMPLEADORA**

Del	Día	Mes	Año	Días Subsidiados	Subsidio Diario	Importe Total (sin céntimos)
						S/.
Al	Día	Mes	Año	Importe Total en letras		

Colificador \_\_\_\_\_ Jefe de Oficina \_\_\_\_\_

**V. DECLARACIÓN JURADA DEL ASEGURADO TITULAR**

Declaro bajo juramento haber recibido de mi empleador el importe de S/ ..... Son (.....) como pago de prestaciones económicas, por las cuales la entidad empleadora solicita el reembolso. Asimismo, que los datos y la documentación que se adjuntan a la presente son verdaderos, sujetándome a verificación posterior y a las sanciones a que hubiere lugar.

\_\_\_\_\_ Firma del Asegurado Titular

**VI. DECLARACIÓN JURADA DE LA ENTIDAD EMPLEADORA**

Declaro bajo juramento que los datos y la documentación que se adjuntan 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 o enfermedad profesional, éstos no se produjeron por nuestra negligencia, sujetándome a verificación posterior y a las sanciones a que hubiere lugar.

\_\_\_\_\_ Firma y Sello del Representante Legal de la entidad empleadora

\_\_\_\_\_ Firma y Sello de Recepción

**NO SE ACEPTAN BORRONES NI ENMENDADURAS**

**USUARIO**





**SOLICITUD DE PAGO DIRECTO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS**

USO ESSALUD

N° Expediente



USO ESSALUD

Folios (en números y letras)

**I. DATOS DEL ASEGURADO**

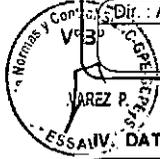
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
Dir.: Av./Jr./Calle/Block/Carretera/Malecón/Plaza		N°/Km/Mz/Int/Dpto/Lote		Distrito	
Provincia		Teléfono			
Documento de Identidad	Tipo	Número	Tipo asegurado (Ver Tabla 1)	N° Autogenerado	
Permanencia Laboral			Continúa Laborando		
Fecha Ingreso			SI <input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



Firma y Sello del Representante Legal de la Empresa

Firma del Asegurado/Beneficiario (solo sepelio)

Firma del Apoderado (de ser el caso)

N° L.E./D.N.I.

Nombres y Apellidos:

Como representante legal de la empresa, declaro bajo juramento que los datos y la documentación que se adjuntan a la presente son verdaderos, que el asegurado tuvo vínculo laboral con la empresa en el momento de la contingencia y en el período 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.

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

Firma y Sello de Recepción

**NO SE ACEPTAN BORRONES NI ENMENDADURAS**

**USUARIO**

**V. DOCUMENTOS QUE ACREDITEN LOS DÍAS DE INCAPACIDAD DEL ASEGURADO**

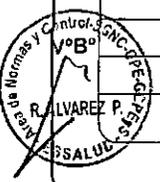
Se adjunta a la presente solicitud los Certificados Médicos Particulares - CMP o Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo - CITT de acuerdo a lo siguiente según corresponda :

**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	Dia	Mes	Año	AI	Dia	Mes	Año

Total de días

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

N°	REQUISITOS	INC. TEMP	MAT	LCT	SEP
1	Carta poder simple firmada por el asegurado o beneficiario (Sepelio) autorizando a un tercero el trámite de la solicitud de prestaciones económicas (Opcional)	( )	( )	( )	( )
2	Original de la Partida de Defunción del asegurado fallecido o beneficiario fallecido (Opcional)	( )	( )	( )	( )
3	Copia del documento que acredite a los herederos del asegurado(a) o beneficiario fallecido (testamento o sucesión intestada) (mostrar original) (Opcional)	( )	( )		( )
4	Poder por documento público o privado con firma legalizada notarialmente, dado a uno de los beneficiarios, para que a nombre de los demás solicite el subsidio devengado y no cobrado (Opcional)	( )	( )		( )
5	Originales de los CITT expedidos por ESSALUD.	( )	( )		
6	Originales de los Certificados Médicos Particulares o CITT que sustente la incapacidad por los primeros veinte días	( )			
7	Copia del cargo de la denuncia presentada al Ministerio de Trabajo, cuando el empleador incumple con el pago del subsidio (Opcional)	( )	( )		
8	Original Parte Policial o informe de autoridad competente, en caso de incapacidad por un accidente causado por tercero o muerte súbita y/o violenta de aseg. (Opcional)	( )			( )
9	Declaración Jurada firmada y sellada por el representante legal de la entidad empleadora que certifique la afiliación o no afiliación del asegurado al SCTR (Opcional)	( )			( )
10	Copia de Aviso de Accidente de Trabajo (Opcional)	( )			
11	Copia del documento que acredite la tutela del niño, en caso de tutela y abandono del menor (Opcional)			( )	
12	Copia del documento que acredite al tutor de la madre menor de edad, soltera y sin título para ejercer una profesión (mostrar original) (Opcional)			( )	
13	Copia del documento que acredite al representante legal de la madre declarada incapaz (mostrar original) (Opcional)			( )	
14	Copia del último talón de pago para pensionistas D.L. N°19990, D.L. N°18846, D.L. N°20530, AFP, SCTR y CBSSP.				( )
15	Original de la Partida de Defunción.				( )
16	Copia del Certificado de Defunción.				( )
17	Originales de los Comprobantes de Pago a nombre del beneficiario, por los servicios funerarios del asegurado fallecido.				( )
18	Declaración Jurada de Beneficiario para el reembolso de los gastos de Sepelio (llenada y firmada por el beneficiario)				( )
19	Copia del Comprobante de Pago por concepto de nicho o terreno para sepultura o cremación.				( )
20	Original del contrato que detalle los servicios funerarios y los servicios de inhumación o cremación, firmados por el beneficiario y la empresa proveedora de los servicios.				( )
21	Copia del Certificado de Necropsia, con las excepciones que señala la Ley N° 26715.				( )
22	Copia de Constancia de entierro firmada y sellada por el responsable del cementerio, indicando su nombre y cargo (cuando el pago se ha realizado previamente al deceso o por nichos multifamiliares) (Opcional)				( )
23	Copia de la Autorización de Cremación (Opcional)				( )
24	Copia de Autorización de traslado del cadáver (Opcional)				( )
25	Documentos indicados en los numerales 15, 16 y 17 traducidos y con firmas legalizadas por el Ministerio de Relaciones Exteriores (asegurados que fallecen en el extranjero) (Opcional)				( )

**CÁLCULO DEL SUBSIDIO A PAGAR**

Del	Dia	Mes	Año	Días Subsidiados	Subsidio Diario	Importe Total (sin céntimos) S/.
AI	la	Mes	Año	Importe Total en letras		
Calificador						Jefe de Oficina

**OBSERVACIONES (USO ESSALUD)**

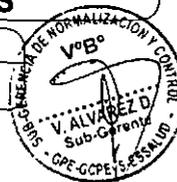
**FECHA DE PROGRAMACIÓN DE PAGO**



**SOLICITUD DE PAGO DIRECTO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS**

USO ESSALUD

N° Expediente



USO ESSALUD

Folios (en números y letras)

**I. DATOS DEL ASEGURADO**

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

**II. INFORMACIÓN SOBRE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA**

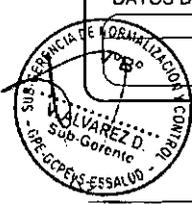
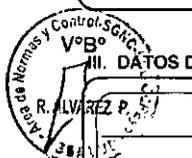
Tipo de Prestación Económica						Banco		
Incapacidad Temporal <input type="checkbox"/>	Maternidad 1° Armada <input type="checkbox"/>	Maternidad 2° Armada <input type="checkbox"/>	Lactancia <input type="checkbox"/>	Sepelio <input type="checkbox"/>				
Fecha de Nacimiento del lactante			Fecha de Fallecimiento del asegurado					
Día Mes Año			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 / Matecón / 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 / Matecón / Plaza		N°/Km/Mz/Int/Dpto/Lote	
Distrito		Provincia	
DATOS DEL LACTANTE (Sólo para prestación por Lactancia)			
Apellido Paterno		Apellido Materno	
Nombres		DNI	
N° Autogenerado			



Firma y Sello del Representante Legal de la Empresa

Firma del Asegurado Titular / Firma del Beneficiario (solo sepelio)

Firma del Apoderado (de ser el caso)

N° LE / DNI / Nombres y Apellidos

Firma y Sello de Recepción

Como representante legal de la empresa, declaro bajo juramento que los datos y la documentación que se adjuntan a la presente son verdaderos, 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.

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

**NO SE ACEPTAN BORRONES NI ENMENDADURAS**

**ESSALUD**

**V. DOCUMENTOS QUE ACREDITEN LOS DÍAS DE INCAPACIDAD DEL ASEGURADO**

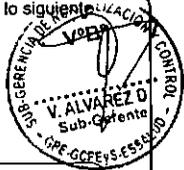
Se adjunta a la presente solicitud los Certificados Médicos Particulares - CMP o Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo - CITT de acuerdo a lo siguiente según corresponda :

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

Total de días



**INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO 8002**

**¿Cuándo utilizo este formulario?**

Este formulario lo utilizará el asegurado cuando solicite el pago directo de las prestaciones económicas por Incapacidad Temporal, Maternidad, Lactancia o Sepelio según sea el caso.

**¿Cómo lleno el formulario?**

En el formulario deben registrarse los datos del asegurado, beneficiario y empleador, según corresponda, teniendo en cuenta las siguientes instrucciones :

**I. DATOS DEL ASEGURADO**

- Consigne el apellido paterno, apellido materno y nombres.
- Consigne la dirección.
- Consigne el tipo de documento de identidad, según la codificación siguiente : (1) DNI (2) Carné de Extranjería (3) NIT (RUC) (4) Pasaporte (5) Carné Fuerzas Armadas (6) Carné Fuerzas Policiales (7) Libreta Militar. Asimismo consigne el número del documento de identidad y el número autogenerado.
- Consigne teléfono personal del asegurado, indique tipo de asegurado, según Tabla N° 01 y la fecha de ingreso y cese del mismo (consigne el año con cuatro dígitos). En caso no haya cesado, marcar con un espá en el recuadro "si" continúa laborando.
- Sólo en el caso de subsidios de Incapacidad Temporal y Maternidad, consigne el mes y el año y el importe de las doce últimas remuneraciones del asegurado inmediatamente anteriores a la contingencia (sin gratificaciones, ni bonificación por vacaciones).

**II. INFORMACIÓN SOBRE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA**

- Consigne el tipo de prestación económica que corresponda y el banco establecido por ESSALUD para el giro de la orden de pago o cheque.
- Consigne la fecha de nacimiento del lactante o la fecha de fallecimiento del asegurado (consigne el año con cuatro dígitos).

**III. DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA**

- Consigne el nombre o razón social y teléfono de la entidad empleadora a la que pertenece el asegurado.
- Consigne el tipo de documento de identidad, según la codificación siguiente : (1) DNI (2) Carné de Extranjería (3) NIT (RUC) (4) Pasaporte (5) Carné Fuerzas Armadas (6) Carné Fuerzas Policiales (7) Libreta Militar. Asimismo consigne el número del documento de identidad correspondiente.
- Consigne la dirección de la entidad empleadora a la que pertenece el asegurado.

**IV. DATOS DEL BENEFICIARIO - TUTOR**

- En caso de prestación por lactancia o sepelio consignar los apellidos y nombres ó razón social, teléfono y el tipo de documento de identidad del beneficiario - tutor según la codificación siguiente : (1) DNI (2) Carné de Extranjería (3) NIT (RUC) (4) Pasaporte (5) Carné Fuerzas Armadas (6) Carné Fuerzas Policiales (7) Libreta Militar
- Consigne la dirección del beneficiario-tutor.
- Consigne el apellido paterno, apellido materno, nombres y N° autogenerado o DNI del lactante, según corresponda para los casos de la Prestación por Lactancia.

**V. DOCUMENTOS QUE ACREDITEN LOS DÍAS DE INCAPACIDAD DEL ASEGURADO**

Por cada documento o CITT deberá consignar : su número, cantidad de días de descanso médico y la fecha de inicio y término del mismo.

**VI. OBSERVACIONES**

- a) En caso que la solicitud sea presentada por un tercero, deberá consignar su firma, nombres y apellidos completos y el número de su D.N.I.
- b) Cuando solicite la prestación por Lactancia por parto múltiple, deberá presentar una solicitud por cada lactante.

Código	Descripción	Código	Descripción
01	Trabajador Activo	34	Agrario Independiente
05	Pensionista 20530	36	Pensionista 18846
06	Construcción Civil	37	Pensionista AFP
07	Trabajador del Hogar	38	Pensionista SCTR
09	Agrario Dependiente	50	Seguro Potestativo
13	Trabajador del Sector Público	66	Pescador y Proc Artesanal Indep.
14	Trabajador de ESSALUD	67	Pescador Pensionista CBSSP
29	Pensionista 19990	68	Pescador Activo CBSSP
31	Trabajador Portuario o Panificador	70	Trabajador CAS (D.L. 1057)

**CÁLCULO DEL SUBSIDIO A PAGAR**

Del	Día	Mes	Año	Días Subsidiados	Subsidio Diario	Importe Total (sin céntimos)
						S/.
Al	Día	Mes	Año	Importe Total en letras		



Calificador

Jefe de Oficina

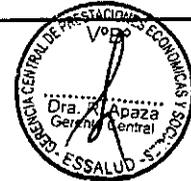
**OBSERVACIONES (USO ESSALUD)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FECHA DE PROGRAMACIÓN DE PAGO

--	--	--	--	--	--



**RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N° 1311**

**-GG-ESSALUD-2014**

Lima, 23 de diciembre del 2014

**VISTOS:**

La Carta N° 2957 -GCPEyS-ESSALUD-2014 de la Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales, la Carta N° 3509 -OCAJ-ESSALUD-2014 y el Informe N° 468 -GAA-OCAJ-ESSALUD-2014 de la Oficina Central de Asesoría Jurídica, y;

**CONSIDERANDO:**

Que, de conformidad con el numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, ESSALUD tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que corresponden al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, el artículo 9° de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, señala que las prestaciones son brindadas mediante los servicios de ESSALUD o de otras entidades, estableciendo los Reglamentos los requisitos, condiciones y procedimientos pertinentes;

Que, mediante el artículo 14° del Reglamento de la Ley N° 26790, aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA, se indica que las prestaciones económicas comprenden los subsidios por incapacidad temporal, maternidad, lactancia y las prestaciones por sepelio, añadiendo que ESSALUD establece la normatividad complementaria que contemple las diferentes circunstancias en el otorgamiento de las prestaciones económicas; por lo que para su correcto otorgamiento requieren del cumplimiento de requisitos y procedimientos, dentro de los cuales se encuentra el documento que sustente la contingencia;

Que, asimismo, los artículos 15° y 16° del precitado Reglamento, modificado por Decreto Supremo N° 020-2006-TR, establecen que el subsidio por incapacidad temporal se otorga en dinero, con el objeto de resarcir las pérdidas económicas de los afiliados regulares en actividad, derivadas de la incapacidad para el trabajo ocasionada por el deterioro de su salud; y 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;

Que, mediante Acuerdo N° 58-14-ESSALUD-2011 el Consejo Directivo aprobó el Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas, en cuyo artículo 15° se establece que se exige la presentación del Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo del trabajador subsidiado o un documento equivalente que determine la Gerencia General como requisito para solicitar el reembolso de los subsidios por incapacidad temporal y por maternidad;

Que, asimismo, en el numeral 2 del precitado Acuerdo se facultó a la Gerencia General para que dicte las normas y procedimientos complementarios que permitan dar cumplimiento al mismo;

Que, el literal a) del artículo 4° del Reglamento de Organización y Funciones de la Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales, aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 108-PE-ESSALUD-2007, establece que dicha Gerencia Central tiene por función, entre otras, formular y proponer a la Gerencia General los lineamientos de política, planes y programas relacionados con los sistemas de prestaciones económicas y sociales



**RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N°**

comprendido por las redes de Prestaciones Sociales y las agencias de Prestaciones Económicas a nivel nacional;

Que, mediante Informe Técnico elaborado por la Sub Gerencia de Auditoría de Certificaciones y Evaluación Médica de la Gerencia de Prestaciones Económicas de la Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales se indica que ante la expedición de normas institucionales que tuvieron como objetivo la aplicación de la Ley N° 26790 en lo concerniente a las certificaciones y evaluaciones médicas que originan el otorgamiento de prestaciones económicas, en la actualidad, se hace indispensable reunirlos en una sola normativa institucional que pueda traducir los cambios realizados en ESSALUD en estos últimos años;

Que, en dicho contexto, resulta conveniente actualizar, unificar y reordenar la normatividad institucional vigente que regula las certificaciones y evaluaciones médicas de una manera orgánica y coherente en un solo cuerpo normativo, a fin de que haga eficaz la responsabilidad institucional en el otorgamiento oportuno de las prestaciones económicas;

Que, de acuerdo a lo establecido en el literal b) del artículo 9° de la Ley N° 27056, el Gerente General es competente para dirigir el funcionamiento de la Institución, emitir las Directivas y los procedimientos internos necesarios, en concordancia con las políticas, lineamientos y demás disposiciones del Consejo Directivo y del Presidente Ejecutivo;

Con las visaciones de la Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales y la Oficina Central de Asesoría Jurídica;

Estando a lo propuesto y en uso de las facultadas conferidas;

**SE RESUELVE:**

1. **APROBAR** la Directiva N° 15 -GG-ESSALUD-2014, "Normas y Procedimientos para la Emisión, Registro y Control de las Certificaciones Médicas por Incapacidad y Maternidad en ESSALUD", que en anexo adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.
2. **DISPONER** que la Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales emita la normatividad que resulte necesaria para la aplicación de la presente Directiva.
3. **DISPONER** que los Gerentes y/o Directores de los Órganos Desconcentrados adopten las acciones pertinentes a fin de garantizar el cumplimiento de las disposiciones contenidas en la Directiva aprobada mediante la presente Resolución.
4. **DISPONER** que la Gerencia Central de Finanzas, la Oficina Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones y la Oficina de Relaciones Institucionales, brinden los recursos y apoyo técnico necesarios a la Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales, así como ejecuten las acciones pertinentes en el ámbito de sus competencias, a efectos de garantizar la adecuada implementación de lo aprobado en la presente Resolución.
5. **MODIFICAR** el literal e) del punto 6 de los conceptos de referencia establecidos en la Directiva N° 08-GG-ESSALUD-2012, "Normas complementarias al Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas", aprobada por Resolución de Gerencia General N° 619-GG-ESSALUD-2012, el cual quedará redactado de la siguiente manera: [\(Ver resolución\)](#)



" 6. *Conceptos de Referencia*

*Para la aplicación de la presente Directiva se entiende por:*

(...)

e) **Validación de Certificado Médico:** *Es el acto realizado por el Médico de Control que consiste en validar el Certificado Médico expedido en el país o en el extranjero, a fin de otorgar el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo – CITT, previa evaluación de las evidencias médicas y documentarias que sustenten dicho certificado y considerando los Criterios Técnicos contenidos en la Guía de Calificación de la Incapacidad."*

6. **MODIFICAR** el literal c) del numeral 7.1.1 de la Directiva N° 08-GG-ESSALUD-2012, [\(Ver resolución\)](#) referida a los requisitos para solicitar el subsidio por incapacidad temporal, el cual quedará redactado de la siguiente manera:

"7.1.1 *Subsidio por Incapacidad Temporal*

(...)

c) *CITT en original por los días posteriores a los primeros 20 días. Si son asegurados con empleador múltiple, deberán obtener y presentar CITT por cada empleador. En caso de certificados médicos deberán ser validados por el Médico de Control a fin de que se expida los CITT correspondientes."*

7. **MODIFICAR** el literal b) del numeral 7.1.2 de la Directiva N° 08-GG-ESSALUD-2012, [\(Ver resolución\)](#) referida a los requisitos para solicitar el subsidio por maternidad, el cual quedará redactado de la siguiente manera:

"7.1.2 *Subsidio por Maternidad*

(...)

c) *CITT en original. En caso de certificados médicos deberán ser validados por el Médico de Control a fin de que se expida los CITT correspondientes."*

8. **MODIFICAR** el sexto, séptimo y octavo párrafo del numeral 8.1.3 de la Directiva N° 08-GG-ESSALUD-2012, [\(Ver resolución\)](#) los cuales quedarán redactados de la siguiente manera:

"8.1.3 *Inicio y duración del derecho al subsidio*

(...)

"El total de los períodos no consecutivos por los cuales se pague el subsidio, no deberá ser mayor de 340 días.

El subsidio a reconocer por ESSALUD, cuando la incapacidad sea determinada por la Comisión Médica Calificadora de Incapacidades como No Temporal, será de un máximo de 180 días para los períodos consecutivos. Todo pago en exceso a este número de días correrá por cuenta de la entidad empleadora.

ESSALUD sólo pagará los subsidios que sobrepasen los 150 días en base al Informe Médico de Calificación de la Incapacidad – IMECI emitido por la Comisión Médica



*Calificadora de Incapacidades – COMECI y hasta el máximo de días que corresponda acorde con el resultado de la calificación.”*

9. **MODIFICAR** el literal b) del numeral 8.1.5 de la Directiva N° 08-GG-ESSALUD-2012, el [\(Ver resolución\)](#) cual quedará redactado de la siguiente manera:

*“8.1.5 Extinción y pérdida del derecho del subsidio*

*El derecho a subsidio de incapacidad temporal se extingue por:*

*(...)*

*b) Recuperación de la salud o declaración de incapacidad No Temporal.”*

10. **DEJAR SIN EFECTO** el numeral 9, Incapacidades Temporales Prolongadas, de la [\(Ver resolución\)](#) Directiva N° 08-GG-ESSALUD-2012, el cual será reemplazado por los conceptos vertidos en los numerales 6.2.2.3.2, 6.2.2.5 y 6.2.2.7 de la Directiva que se aprueba mediante la presente Resolución.

11. **DEJAR SIN EFECTO** la Directiva N° 16-GG-ESSALUD-2001, “Procedimiento para Distribución, Emisión, Registro y Control de Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo CITT”, aprobada por Resolución de Gerencia General N° 654-GG-ESSALUD-2001 y modificada por Resoluciones de Gerencia General Nros. 346-GG-ESSALUD-2002 y 379-GG-ESSALUD-2009; la Resolución de Gerencia General N° 225-GG-ESSALUD-2002, que dispuso la utilización del Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo Mecanizado, en el ámbito nacional; la Directiva N° 06-GG-ESSALUD-2009, “Normas para el canje de Certificados Médicos Particulares por el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo – CITT”, aprobada por Resolución de Gerencia General N° 379-GG-ESSALUD-2009, modificada por Resoluciones de Gerencia General Nros. 527-GG-ESSALUD-2011 y 849-GG-ESSALUD-2013; el Manual de Auditoría de Certificaciones Médicas”, aprobado por Resolución N° 143-GCPEyS-ESSALUD-2007; el Formulario 8004 denominado “Informe Médico de Incapacidad Ley N° 26790” y las instrucciones aprobadas por Resolución N° 058-GCPEyS-ESSALUD-2008; el Formulario N° 04 denominado “Formulario para Trámite de Canje de Certificados Médicos Particulares”, aprobado por Resolución N° 183-GCPEyS-ESSALUD-2013; y todo aquello que se oponga a lo dispuesto en la presente Resolución.

12. **DEJAR SUBSISTENTES** todos los demás extremos de la Directiva N° 08-GG-ESSALUD-2012, “Normas complementarias al Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas”, aprobada por Resolución de Gerencia General N° 619-GG-ESSALUD-2012.

13. **DISPONER** que la Directiva aprobada con la presente Resolución entrará en vigencia a los sesenta (60) días contados desde el día siguiente de su publicación en el Diario Oficial “El Peruano”, excepto los numerales 6.2.1.5.7 y 6.2.1.5.8 de la citada Directiva, que regulan la emisión del CITT electrónico, el cual entrará en vigencia desde el día siguiente de la aprobación de la presente Resolución.

14. **ENCARGAR** a la Secretaría General la publicación de la presente Resolución en el Diario Oficial “El Peruano”.

15. **ENCARGAR** a la Secretaría General para que en coordinación con la Oficina Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones, efectúe la publicación de la presente



Resolución y la Directiva aprobada, en el Portal Institucional de la Entidad, así como su respectiva difusión.

16. **ENCARGAR** a la Secretaría General notificar a la Oficina Central de Planificación y Desarrollo a efectos de la publicación de la Directiva aprobada con la presente Resolución en el Compendio Normativo Institucional.

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE y PUBLÍQUESE.**

  
-----  
ECO. MIGUEL LA ROSA PAREDES  
GERENTE GENERAL  
ESSALUD



DIRECTIVA DE GERENCIA GENERAL N° 015 -GG-ESSALUD-2014



**NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA EMISION, REGISTRO Y CONTROL  
DE LAS CERTIFICACIONES MÉDICAS POR INCAPACIDAD Y MATERNIDAD  
EN ESSALUD**

**GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES  
ECONOMICAS Y SOCIALES**

**DIRECTIVA DE GERENCIA GENERAL N° 015 -GG-ESSALUD-2014**

**NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA EMISION, REGISTRO Y CONTROL  
DE LAS CERTIFICACIONES MÉDICAS POR INCAPACIDAD Y MATERNIDAD  
EN ESSALUD**

**INDICE**

I.	<b>OBJETIVO</b>	03
II.	<b>FINALIDAD</b>	03
III.	<b>BASE LEGAL</b>	03
IV.	<b>AMBITO DE APLICACIÓN</b>	05
V.	<b>RESPONSABILIDAD</b>	05
VI.	<b>DISPOSICIONES</b>	
	6.1. Disposiciones Generales.	05
	6.2. Disposiciones Específicas.	08
	6.2.1 Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo – CITT.	08
	6.2.2 Informe Medico de Calificación de la Incapacidad – IMECI.	20
	6.2.3 Certificaciones Médicas por Maternidad.	29
	6.2.4 Validación de Certificados Médicos por el CITT.	32
	6.2.5 Auditoría de Certificaciones Médicas de Incapacidades	37
	6.2.6 Inobservancia Normativa	42
	6.7.6 Reclamos y Resolución de Recursos	42
VII.	<b>CONCEPTOS DE REFERENCIA</b>	43
VIII.	<b>ANEXOS</b>	50



## DIRECTIVA DE GERENCIA GENERAL N°015 -GG-ESSALUD-2014

### NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA EMISION, REGISTRO Y CONTROL DE LAS CERTIFICACIONES MÉDICAS POR INCAPACIDAD Y MATERNIDAD EN ESSALUD

#### I. OBJETIVO

Establecer las normas y procedimientos para la emisión, registro y control de las certificaciones médicas por Incapacidad y Maternidad en el Seguro Social de Salud - EsSalud.

#### II. FINALIDAD

Disponer de un documento normativo que uniformice las normas y procedimientos a seguir en los servicios asistenciales y administrativos de la institución, para lograr una eficiente y oportuna gestión de la emisión, registro y control de la certificación médica por Incapacidad y Maternidad en el Seguro Social de Salud - EsSalud.

#### III. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (EsSalud), y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 002-99-TR y modificatorias.
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA.
- Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, y modificatorias, y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA y modificatorias.
- Decreto Supremo N° 020-2006-TR, que aprueba normas reglamentarias de la Ley N° 28791 que establece modificaciones a la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.
- Ley N° 26644, a través de la cual precisan el goce del derecho de descanso pre-natal y post-natal de la trabajadora gestante, y modificatorias, y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 005-2011-TR.
- Decreto Supremo N° 042-2011-PCM "Obligación de las Entidades del Sector Público de Contar con un Libro de Reclamaciones".
- Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 005-2012-TR.
- Ley N° 15173, Ley de Creación del Colegio Médico del Perú y modificatorias.
- Ley N° 27853, Ley de Trabajo de la Obstetriz, y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 008-2003-SA.
- Decreto Ley N° 21210, Ley de Creación del Colegio de Obstetrices del Perú y modificatoria.



- Ley N° 27878, Ley de Trabajo del Cirujano Dentista, y su Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N° 016-2005-SA.
- Decreto Legislativo N° 559, que aprobó la Ley de Trabajo Médico y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 024-2001-SA.
- Resolución del Consejo Nacional N° 5295-CN-CMP-2007, aprobó el "Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú".
- Decreto Supremo N° 003-98-SA que aprueba el Reglamento denominado "Normas Técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo".
- Resolución Ministerial N° 480-2008/MINSA que aprueba la Norma Técnica Sanitaria N° 068-MINSA/DGSP-V.1 "Norma Técnica de Salud que establece el Listado de Enfermedades Profesionales".
- Resolución de Gerencia General N° 665-GG-EsSalud-2002, que aprueba la Directiva N° 008-GG-EsSalud-2002, "Normas para la Hospitalización de pacientes en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud".
- Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 108-PE-EsSalud-2007, que aprueba la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones de la Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales
- Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 52-GCPS-EsSalud-2009, que aprueba la "Actualización de la clasificación y codificación de los procedimientos quirúrgicos y anestesiológicos por grado de complejidad".
- Acuerdo de Consejo Directivo N° 58-14-EsSalud-2011 que aprueba el Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas.
- Resolución de Defensoría del Asegurado N° 02-DA-PE-EsSalud-2012, que aprueba la Directiva N° 02-DA-PE-EsSalud-2012 "Normas para la Implementación, Funcionamiento y Supervisión del Libro de Reclamaciones en el Seguro Social de Salud – EsSalud".
- Resolución de Gerencia General N° 210-GG-EsSalud-2012, que aprueba la Directiva N° 003-GG-EsSalud-2012, "Normas para el Proceso de Referencia y Contrarreferencia en EsSalud" y modificatoria.
- Resolución de Gerencia General N° 619-GG-EsSalud-2012, que aprueba la Directiva N° 008-GG-EsSalud-2012, "Normas Complementarias al Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas".
- Resolución de Gerencia General N° 1261-GG-EsSalud-2013, que aprueba la Directiva N° 013-GG-ESSALUD-2013 "Normas para la Formulación, Aprobación y Actualización de Directivas en EsSalud".
- Resolución de Gerencia General N° 1437-GG-EsSalud-2013, que aprueba la Directiva N° 016-GG-EsSalud-2013, "Normas del Sistema de Archivos del Seguro Social de Salud - EsSalud".
- Resolución de Gerencia General N° 107-GG-EsSalud-2014, que aprueba la Directiva N° 001-GG-EsSalud-2014, "Gestión de la Historia Clínica en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud - EsSalud".



- Resolución de Gerencia General N° 1471-GG-EsSalud-2013, que aprueba la Directiva de Gerencia General N° 018-GG-EsSalud-2013, "Definición, características y funciones generales de los Establecimientos de Salud del Seguro Social de Salud – EsSalud".
- Resolución de Gerencia General N° 1008-GG-EsSalud-2014, que aprueba la Directiva de Gerencia General N° 012-GG-EsSalud-2014, "Programación de las Actividades Asistenciales de los Profesionales y No Profesionales del Seguro Social de Salud – EsSalud".

#### IV. AMBITO DE APLICACIÓN

La presente Directiva es de aplicación en todas las Redes Asistenciales y Establecimientos de Salud, incluyendo a otros servicios y modalidades de atención en salud, del Seguro Social de Salud - EsSalud.

#### V. RESPONSABILIDAD

Son responsables del cumplimiento, implantación e implementación de las disposiciones emitidas en la presente Directiva a nivel institucional, la Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, la Gerencia Central de Aseguramiento, la Oficina Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (OCTIC), la Defensoría del Asegurado, los Gerentes y Directores de Redes Asistenciales, los Directores de Establecimientos de Salud y los Profesionales de la Salud que expiden certificaciones médicas de Incapacidad (Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo – CITT e Informe Médico de Calificación de Incapacidad – IMECI).

#### VI. DISPOSICIONES

##### 6.1 DISPOSICIONES GENERALES

**6.1.1** La Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales, a través de la Gerencia de Prestaciones Económicas y de la Sub Gerencia de Auditoría de Certificaciones y Evaluación Médica, es el órgano técnico normativo, encargado de brindar asistencia técnica a las Redes Asistenciales en la Gestión de la Incapacidad Temporal, supervisando el desempeño de los Gestores de la Incapacidad, regulando los procesos y procedimientos de auditoría, evaluación y calificación de las certificaciones medicas por incapacidad y maternidad, a fin de proponer las mejoras respectivas.

**6.1.2** La Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales, a través de la Gerencia de Prestaciones Económicas y de la Sub Gerencia de Auditoría de Certificaciones y Evaluación Médica efectúa coordinaciones con los Órganos Centrales y Desconcentrados correspondientes, en caso se infrinjan las normas relacionadas con la Gestión de la Incapacidad.



### 6.1.3 De la Organización del Sistema Integrado de Gestión de la Incapacidad Temporal:

6.1.3.1 En las Redes Asistenciales, las actividades se organizan a través de la Oficina de Gestión de la Incapacidad Temporal (OGIT), quien depende funcionalmente en las Redes Asistenciales tipo A y B, de la Oficina de Coordinación de Prestaciones y Atención Primaria y en las Redes Asistenciales tipo C, de la Dirección de la Red.

6.1.3.2 El Responsable de la Oficina de Gestión de la Incapacidad Temporal de la Red Asistencial, está a cargo de los:

- a) Comités Médicos de Auditoría de la Incapacidad (COMAI) de los Establecimientos de Salud de la Red Asistencial.
- b) Comisión Médica Calificadora de Incapacidades (COMECI), de la Red Asistencial.
- c) Médicos de Control de todos los Establecimientos de Salud de la Red Asistencial.
- d) Centros de Validación de la Incapacidad Temporal (CEVIT).

6.1.3.3 El Responsable de la Oficina de Gestión de la Incapacidad Temporal (OGIT), ejecuta las políticas y estrategias diseñadas por la Gerencia de Prestaciones Económicas, para organizar, dirigir y controlar de manera eficiente, oportuna y de calidad los procesos de emisión de los Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo (**CITT**) y los Informes Médicos de Calificación de Incapacidad (**IMECI**), reporta lo actuado a la Gerencia de Prestaciones Económicas.

6.1.3.4 El Responsable de la Oficina de Gestión de la Incapacidad Temporal, tiene como principales actividades:

- a) **Controlar los Microprocesos** relacionados a la evaluación, supervisión, auditoría, calificación, registro y emisión de las certificaciones médicas por incapacidad temporal para el trabajo y maternidad, la validación de los certificados médicos por el CITT, la evaluación de la incapacidad temporal prolongada y de los impedimentos configurados.
- b) **Evaluar** mensualmente los **Indicadores de Prestaciones Económicas** de los Establecimientos de Salud de su jurisdicción, consolidándolos como Red, emitiendo recomendaciones que contribuyan al uso eficiente



de los Fondos Financieros del Régimen contributivo de la Seguridad Social.

- 6.1.4 Las Gerencias y Direcciones de las Redes Asistenciales, proponen y acreditan al Responsable de la Oficina de Gestión de la Incapacidad Temporal (OGIT), mediante el acto resolutivo correspondiente.
- 6.1.5 Las Gerencias y Direcciones de las Redes Asistenciales evalúan los resultados obtenidos en los Indicadores de Prestaciones Económicas, siendo responsables de la toma de decisiones para las mejoras correspondientes.
- 6.1.6 Las Gerencias y Direcciones de las Redes Asistenciales en el ámbito nacional son las responsables de planificar y dotar de todos los recursos necesarios para el desempeño adecuado, oportuno y eficiente de las Oficinas de Gestión de la Incapacidad Temporal (OGIT), así como de los Médicos de Control, los Comités Médicos de Auditoría de Incapacidades (COMAI), las Comisiones Médicas Calificadoras de Incapacidades (COMECI) y los Centros de Validación de la Incapacidad Temporal (CEVIT).
- 6.1.7 Las Gerencias y Direcciones de las Redes Asistenciales, deben capacitar al personal de salud señalado en el numeral 6.2.1.2.1.
- 6.1.8 El Gerente o Director de la Red Asistencial, acredita mediante la emisión de la Resolución o documento formal que diera lugar, a los miembros de la **COMECI** (véase Anexo 6); siendo la designación de los Médicos de Control (véase Anexo 2) y miembros de la **COMAI** (véase Anexo 13), facultad del Director del Establecimiento de Salud; en todos los casos la designación es por tres (03) años, renovable por dos (02) períodos consecutivos.
- 6.1.9 Los Gerentes o Directores de Redes Asistenciales, Establecimientos de Salud u Otros Servicios o Modalidades de atención en salud, deben entregar oportunamente a la Gerencia de Prestaciones Económicas, los documentos que acrediten al Responsable de la OGIT, Médicos de Control, miembros de la COMAI y miembros de la COMECI, para su conocimiento.
- 6.1.10 El Gerente/Director de la Red Asistencial en el proceso de evaluación continua es responsable de ratificar o cambiar a los miembros de la **COMECI**, mientras que en el caso de los Médicos de Control y miembros de la **COMAI**, esta responsabilidad es asumida por el Director del establecimiento de salud. En todos los casos la ratificación o el cambio estará en función a su desempeño profesional, informando oportunamente a la Gerencia de Prestaciones Económicas.



**6.1.11** La Gerencia de Prestaciones Económicas, tiene la potestad de solicitar el cambio de los Médicos de Control, miembros de la **COMECI** y miembros de la **COMAI**, en función a su desempeño profesional.

**6.1.12 Autorización de los profesionales de la salud que emiten Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT)**

6.1.12.1 El Gerente o Director de la Red Asistencial, será el responsable de la autorización a los profesionales de la salud que emiten Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT), de todos los Establecimientos de Salud de su jurisdicción.

6.1.12.2 La información de los profesionales de salud autorizados para la emisión de Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT), debe ponerse de conocimiento a las áreas de prestaciones económicas encargadas de otorgar y pagar los subsidios por incapacidad temporal para el trabajo y maternidad.

6.1.12.3 La capacitación en el uso y manejo de las certificaciones médicas por incapacidad temporal para el trabajo y maternidad, de los profesionales de salud del Establecimiento de Salud, es responsabilidad del Director del Establecimiento de Salud y está a cargo del Médico de Control.

6.1.12.4 En el caso de los Gestores de la Incapacidad la capacitación debe ser coordinada con la Gerencia de Prestaciones Económicas.

**6.2 DISPOSICIONES ESPECÍFICAS**

**6.2.1 CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO – CITT**

**6.2.1.1 Criterios generales para la emisión del Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo**

**6.2.1.1.1** El Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo – CITT, es el documento oficial de EsSalud, por el cual se hace constar el tipo de contingencia (enfermedad, accidente o maternidad), y la duración del periodo de incapacidad temporal para el trabajo. Se otorga al asegurado regular acreditado con derecho al mismo, determinado por el tipo de seguro y característica de cobertura que genera subsidio por incapacidad temporal o maternidad. Este documento es emitido obligatoriamente y de oficio por el profesional de salud autorizado por EsSalud y la información del mismo es registrada en la historia clínica del asegurado.

**6.2.1.1.2** El Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo – CITT, fija el periodo y la duración de la incapacidad temporal para el trabajo, de acuerdo a los criterios técnicos señalados en la “**Guía de Calificación de la Incapacidad Temporal para el Trabajo**”.

**6.2.1.1.3** Es responsabilidad del personal de Admisión del Establecimiento de Salud, verificar la información del asegurado, poniendo atención a lo siguiente:

- Datos Personales: El Tipo de Seguro debe ser “Regular” y el tipo de Asegurado “Titular”.
- Acreditación: Debe estar acreditado en el mes de la contingencia. En el caso de Maternidad la asegurada debe acreditar aporte en el mes de la concepción. Asimismo, se deberá prestar atención a los asegurados en periodo de latencia, por tanto aparecen con acreditación vigente (el período de acreditación se visualiza con asteriscos), pero ésta es complementaria y sólo para prestaciones de salud.
- En caso de SCTR, el personal de admisión verifica si existe cobertura SCTR en los asegurados que acuden al EE.SS con Notificación ó Aviso de Accidente de Trabajo.

**6.2.1.1.4** A fin de detectar asegurados con Incapacidad Temporal Prolongada, el **Medico de Control**, verifica la Cuenta Individual de Días de Incapacidad – CIDI del asegurado, en el Sistema Informático vigente y procede de acuerdo a las normas.

**6.2.1.1.5** El Profesional de la Salud, acorde a la especialidad de su competencia, emitirá el CITT, como parte del Acto Médico que ejecuta, debiendo registrar en la historia clínica, el diagnóstico, el tratamiento de la enfermedad, la lesión ó secuela de acuerdo a las evidencias médicas que sustenten el impedimento ocasionado, la repercusión en el desarrollo y el cumplimiento de las actividades laborales habituales del asegurado; y de corresponder la asociación al comportamiento epidemiológico, es decir, si el continuar la labor habitual puede favorecer la propagación de la enfermedad.

**6.2.1.1.6** El Profesional de Salud debe sustentar en la historia clínica o en los Expedientes de Validación de Certificados Médicos por el CITT, el uso de la “**Guía de Calificación de la Incapacidad Temporal para el Trabajo**”.



## 6.2.1.2 Relacionado al Profesional de la Salud autorizado a emitir los Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo – CITT.

6.2.1.2.1 Los profesionales de la salud autorizados a emitir los CITT son:

- a) Médicos Especialistas: Sólo por patologías inherentes a su especialidad y de acuerdo al nivel de complejidad del Establecimiento de Salud.
- b) Médicos Cirujanos.
- c) Médicos de Control, para el caso de regularizaciones y/o validación de Certificados Médicos por el CITT. (Debiendo utilizar el sello de Medico de Control)
- d) Médicos de Personal, como resultado de la atención brindada al trabajador de EsSalud.
- e) Cirujanos Dentistas, sólo por patologías inherentes a su profesión.
- f) Obstétrices, sólo para efectos del CITT por Maternidad, en el caso de embarazo normal en el Establecimiento de Salud donde la asegurada realizó los controles pre-natales.

6.2.1.2.2 La Gerencia y/o Dirección de la Red, es responsable de remitir oportunamente la información de los profesionales de la salud autorizados para emitir CITT, al área de Informática de su Red, para que sus datos sean ingresados en el Sistema Informático Institucional diseñado para el registro de los CITT.

6.2.1.2.3 La Gerencia y/o Dirección de la Red Asistencial es la responsable de capacitar, acreditar y controlar a todo profesional de la salud que emita certificaciones médicas por incapacidad temporal para el trabajo y maternidad,

## 6.2.1.3 Relacionado al Médico de Control:

6.2.1.3.1 El Medico de Control, en sus funciones, depende jerárquicamente de la Dirección del Establecimiento de Salud, coordina permanentemente con los profesionales de la salud de su ámbito jurisdiccional, así como con la COMECI, COMAI y Médico de Personal, reportando sus actividades al Responsable de la Oficina de Gestión de la Incapacidad Temporal de la Red.

6.2.1.3.2 El Médico de Control será designado por el Director del Establecimiento de Salud, por una duración de tres (03) años renovables por (02) periodos consecutivos, e incluirá las actividades a desarrollar.



- 6.2.1.3.3** El Director del Establecimiento de Salud brinda soporte y facilidades al Médico de Control, en la Gestión de la incapacidad temporal, dotándolo de las horas suficientes y los recursos necesarios para el desarrollo de sus funciones, debiendo la Dirección del Establecimiento de Salud mantener la continuidad de sus actividades en caso de situaciones contingenciales (enfermedad, licencias, vacaciones, huelga, etc.).
- 6.2.1.3.4** El Médico de Control, realiza sus actividades acorde con lo establecido (véase Anexo N° 3), debiendo contar con un mínimo de 50 horas mensuales programadas en los sistemas informáticos, en la unidad funcional de servicios L11 "Medico de Control (MECO)", con la sub actividad "Control CITT".
- 6.2.1.3.5** En el caso de los Hospitales Base de las Redes Asistenciales, el Médico de Control realiza sus funciones a dedicación exclusiva.
- 6.2.1.3.6** En los Establecimientos de Salud del primer nivel de atención (Centro Medico), que no contaran con Medico de Control, el Director del Establecimiento de Salud, asume las actividades de competencia del Médico de Control.
- 6.2.1.3.7** Si el Medico de Control en el proceso de verificación del CITT no encuentra el registro del CITT en los sistemas informáticos del Establecimiento de Salud, procede a comunicar tal hallazgo a la Gerencia de Prestaciones Económicas.

**6.2.1.4 Servicios y momentos en la emisión de Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo.**

- 6.2.1.4.1** Todo asegurado regular, que requiera atención médica en los Servicios de Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia de un Establecimiento de Salud, tiene derecho a que como resultado del acto médico efectuado y encontrándose con Incapacidad Temporal, los profesionales de la salud autorizados le emitan el respectivo CITT.
- 6.2.1.4.2** Servicios y momentos de la emisión del CITT:
- En Consulta Externa: al término del acto médico.
  - En Emergencia: al término de la Atención del Servicio.
  - En Hospitalización: al Alta, (o cada 30 días en caso continúe hospitalizado).

En todos los casos anteriores, si el paciente ha ingresado procedente de otro servicio asistencial, el servicio asistencial de origen tiene el deber de emitir el CITT desde la fecha de ingreso a su servicio asistencial hasta la fecha de transferencia al otro servicio asistencial.

- d) En el Consultorio del Médico de Control: hasta las 72 horas de recibido la solicitud de regularización, en el caso de validación de certificados médicos, de acuerdo al plazo máximo establecido en el TUPA.
- e) En los Servicios de PADOMI: hasta las 24 horas de realizado la atención médica.
- f) En otros Servicios o Modalidades de atención en salud autorizados por la Institución: al término del acto médico.

#### 6.2.1.5 De la emisión del Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo.

**6.2.1.5.1** Para emitir el CITT a un asegurado regular titular activo, el profesional de la salud, debe utilizar la “**Guía de Calificación de la Incapacidad Temporal para el Trabajo**” Institucional vigente.

**6.2.1.5.2** El Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT), es producto de un Acto Médico, por tanto forma parte del registro de la atención en la Historia Clínica y certifica la Incapacidad del asegurado para laborar, por un periodo de un día hasta un máximo de treinta días.

**6.2.1.5.3** El CITT se emite el día de la atención médica y de ser el caso, incluirá los días no laborables, sábado, domingo, feriados y periodos vacacionales.

**6.2.1.5.4** La información a registrar en los sistemas informáticos para carga de CITT, debe estar basada en lo consignado en la Historia Clínica; el profesional de la salud además de registrar los criterios técnicos, el puntaje y los días de incapacidad temporal a otorgar, deberá registrar la contingencia y el diagnóstico en código CIE 10.

**6.2.1.5.5** Las contingencias a considerar son:

- a) **Contingencias Comunes:** Enfermedad Común, Accidente Común: Accidente Común propiamente dicho, Accidente de Tránsito (para lo cual deberá estar incluida en la Historia Clínica, la copia de la póliza del SOAT y el CIE 10 correspondiente, Accidente de Trabajo sin cobertura de SCTR; y Maternidad: Embarazo Único, Embarazo Múltiple, Embarazo Prolongado, Recién Nacido con Discapacidad.



- b) **Contingencias Laborales:** Enfermedad Profesional y Accidente de Trabajo, para ambos casos el asegurado deberá contar con la cobertura del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo – SCTR situación que se evidencia con la copia de la póliza y el Aviso de Accidente de Trabajo debidamente registrado.

**6.2.1.5.6** El CITT emitido en los Establecimientos de Salud, está compuesto por un original rotulado como **USUARIO** y un original rotulado como **AUDITORÍA**, ambas deberán estar con firma y sello del profesional de la salud autorizado.

**6.2.1.5.7** El CITT emitido en los CEVIT, denominado CITT electrónico, está compuesto por un original para el **USUARIO** y un original rotulado como **AUDITORÍA**, solo el original rotulado como Auditoría, llevará la firma y sello del Médico de Control.

El CITT **USUARIO** se obtendrá ingresando a la página WEB institucional: [www.essalud.gob.pe](http://www.essalud.gob.pe), opción: "Consulte el estado de su trámite NIT", registrando el número de NIT del expediente de validación, el RUC de la empresa o el DNI del asegurado y el código de la imagen que aparece; y tendrá validez para realizar el trámite por subsidio de incapacidad.

**6.2.1.5.8** El CITT original rotulado como Auditoría emitido por los Establecimientos de Salud, deberá ser archivado en la Historia Clínica; El CITT original rotulado como Auditoría emitido por el CEVIT, deberá ser archivado en el expediente de validación.

**6.2.1.5.9** Todo profesional de la salud que brinda una atención es responsable del acto médico que realiza, así como de responder por todo lo concerniente a los actos realizados.

#### 6.2.1.6 Servicios autorizados para emitir CITT

De acuerdo al nivel de complejidad y capacidad resolutive, los Establecimientos de Salud deben expedirlos en:

##### 6.2.1.6.1 Servicios de Consulta Externa y Hospitalización:

6.2.1.6.1.1 Por enfermedad y accidente común, podrá otorgarse un CITT, hasta por un período máximo de **treinta días** por vez, siempre deben incluir los días no laborables, sábados, domingos, feriados así como los periodos de vacaciones.



- 6.2.1.6.1.2 Todo profesional de la salud, que brinda prestaciones de salud a través de estos servicios, en apego a la Ley General de Salud, debe cumplir con sustentar en los registros médicos, los días de incapacidad de acuerdo a lo señalado en la presente Directiva, además de garantizar la oportunidad y confidencialidad del acto médico.
- 6.2.1.6.1.3 En caso que el asegurado con periodo de incapacidad aún vigente, pase consulta con el médico tratante y éste considere necesario prolongar el período de incapacidad, el medico tratante expedirá un nuevo CITT, indicando como fecha de inicio del nuevo período, la fecha de la consulta médica; la fecha de inicio de la incapacidad no podrá ser anterior ó posterior a la fecha de la consulta médica.
- 6.2.1.6.1.4 En los casos de asegurados que requieran un tratamiento ó control permanente mayor de 30 días, el Médico Tratante expedirá el siguiente CITT manteniendo siempre el periodo consecutivo, independiente de la fecha de cita o control.
- 6.2.1.6.1.5 En los Servicios de Hospitalización, el CITT que se emite al momento del alta debe abarcar desde el ingreso al Servicio de Hospitalización, hasta la fecha de la consulta ambulatoria, de ser el caso.
- 6.2.1.6.1.6 En los casos específicos de aseguradas que presenten incapacidad temporal consecutiva por patología que no guarde relación con el embarazo, y siendo el fin que no se rompa el periodo consecutivo por el Descanso por Maternidad, el Médico Tratante otorgará el CITT por Incapacidad Temporal con superposición de períodos durante el pre y post natal a fin que se incluya en la Cuenta Individual de Días de Incapacidad – CIDI de la asegurada.
- 6.2.1.6.1.7 El documento oficial que sustenta el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT) en los servicios de consulta externa y hospitalización, es la Historia Clínica.



**6.2.1.6.2 En el caso de Referencias, el Establecimiento de Salud de origen emitirá el CITT:**

6.2.1.6.2.1 En los casos de emergencia o en pacientes que necesiten continuar el tratamiento en otro Establecimiento de Salud, (emitiendo el CITT por los días de incapacidad que correspondan); los posteriores CITT, se emitirán desde la fecha de inicio de la atención en el Establecimiento de Salud de destino.

6.2.1.6.2.2 En los casos de confirmación diagnóstica, el CITT se expedirá vía regularización, desde la fecha del pasaje de ida de la ciudad de origen, hasta la fecha del pasaje de retorno. Se deberá adjuntar a la historia clínica la documentación que sustente el periodo a regularizar.

6.2.1.6.2.3 La documentación a presentar por el asegurado, del periodo a regularizar será: la Hoja de Referencia y Contrarreferencias, la constancia de atención y los boletos de viaje.

**6.2.1.6.3 En Contrarreferencias, el Establecimiento de Salud de destino expedirá el CITT:**

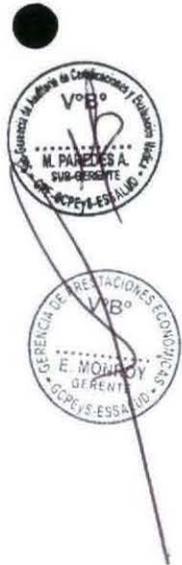
6.2.1.6.3.1 En los casos de emergencia o pacientes cuya continuidad de tratamiento fueron resueltos y con necesidad de asistencia sanitaria, se expedirá el CITT por el periodo que califique de acuerdo a cada caso.

6.2.1.6.3.2 Una vez confirmado el diagnóstico y otorgado el tratamiento especializado, se emitirá el CITT, de corresponder.

**6.2.1.6.4 Servicios de Emergencia o Urgencia**

6.2.1.6.4.1 Por procesos agudos o cuando el diagnóstico sea de tipo presuntivo, únicamente se otorga el CITT hasta por un máximo de 48 horas, de corresponder.

6.2.1.6.4.2 La fecha de emisión del CITT por Emergencia, no podrá ser anterior ni posterior a la fecha de la atención.



6.2.1.6.4.3 En el caso de asegurados que son ingresados a Sala de Observación, se otorga el CITT, desde el ingreso del paciente a Emergencias, hasta la fecha de su internamiento en hospitalización o alta de la emergencia o urgencia, teniendo en cuenta que todo control y seguimiento se realiza por Consulta Externa.

6.2.1.6.4.4 Para los casos de cirugía menor (Tipo D y E), traumatología y otros que pudieran ser resueltos durante la atención de la emergencia o urgencia, se otorgará el CITT, teniendo en cuenta que todo control y seguimiento se realiza por Consulta Externa.

6.2.1.6.4.5 El documento oficial que sustenta el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo, es la Historia Clínica de Emergencia.

#### 6.2.1.7 Criterios para la emisión de CITT por Regularización:

El Médico de Control procede a regularizar y emitir los CITT correspondientes registrando todo lo actuado en la Historia Clínica, en los siguientes casos:

6.2.1.7.1 Cuando se detecte que un asegurado presenta incapacidad temporal no consecutiva por un mismo impedimento, con ausencia de certificación médica en períodos en que su incapacidad no esté resuelta o no exista el alta médica.

6.2.1.7.2 Cuando el CITT no fue emitido en su debida oportunidad; previa solicitud del asegurado a la Dirección del Establecimiento de Salud, quien lo derivará al Médico de Control para verificar en la Historia Clínica, el registro del Acto Médico; de existir las evidencias que permitan la aplicación de la **“Guía de Calificación de la Incapacidad Temporal para el Trabajo”**, el Medico de Control procede a expedir el CITT al asegurado.

6.2.1.7.3 Para conservar la continuidad de la incapacidad del paciente que requiera un CITT con fecha anterior a la fecha de la consulta médica, el médico tratante deberá anotar en la historia clínica la pertinencia de la regularización, a fin que el Médico de Control proceda con la emisión del CITT.



**6.2.1.7.4** Cuando el asegurado presente Incapacidad Temporal Prolongada y su cuenta esté bloqueada en el Sistema Informático de carga de CITT, por estar a la espera de la evaluación por la COMECI, una vez calificada la naturaleza de la incapacidad como Temporal, se procederá a registrar los datos del Informe Médico de Calificación de Incapacidades (IMECI) en los Sistemas Informáticos a fin de levantar el bloqueo, y es el Médico de Control, quien procede a regularizar los CITT no emitidos durante el período en que estuvo a la espera del resultado de la evaluación por la COMECI, acorde con la norma.

**6.2.1.7.5** Cuando el asegurado regular titular activo presente un Informe Médico de Incapacidad de naturaleza No Temporal (Ley N°26790), solicitará la regularización de los CITT, hasta por un máximo de 180 días consecutivos de corresponder.

**6.2.1.7.6** El Médico de Control no podrá proceder con la Regularización de CITT cuando:

- a) El diagnóstico que antecede y precede al período a regularizar no están relacionados.
- b) No exista evidencias médicas de la incapacidad en el período a regularizar.
- c) El Médico Tratante haya otorgado por escrito el alta al asegurado ó le haya autorizado regresar a sus labores habituales.
- d) El asegurado haya laborado en ese período y exista un documento que así lo evidencie.

**6.2.1.8 Criterios para la emisión de CITT en situaciones especiales:**

**6.2.1.8.1** En casos excepcionales, Servicios Asistenciales Especializados de los Hospitales Nacionales: (ej. Neurocirugía y Oncología), emitirán el CITT por periodos de 90 días consecutivos (tres CITT de treinta días c/u), dejando constancia en la historia clínica, que la patología y las evidencias médicas justifican la incapacidad prolongada, pudiendo ser resuelta en el periodo máximo permitido por ley (340 días).

**6.2.1.8.2** En caso que un asegurado demuestre laborar en más de una entidad empleadora, se le otorgará un CITT original por cada centro de trabajo, calificando individualmente los días de incapacidad de acuerdo al trabajo habitual.



- 6.2.1.8.3** En caso que un CITT presente signos de deterioro, o se acredite pérdida, robo o hurto con la declaración jurada correspondiente, el asegurado podrá solicitar el duplicado según sea el caso, de acuerdo al procedimiento señalado en el TUPA de EsSalud.
- 6.2.1.8.4** Cuando se solicite la emisión de duplicados de CITT y el médico que lo expidió no se encuentre disponible, el Médico de Control programado asumirá dicha función procediendo a firmar y sellar el duplicado de CITT, previa constatación en la Historia Clínica ó en el expediente de validación del certificado médico, de ser el caso, utilizando el Sistema Informático vigente.
- 6.2.1.8.5** Cuando no esté disponible el Médico Tratante que brindó la atención y autorizó la expedición de CITT en la Historia Clínica o el Médico de Control que validó los documentos presentados para la validación del certificado médico por el CITT y a fin de no perjudicar al asegurado, el Médico de Control programado en el día, procederá a emitir y firmar el CITT.
- 6.2.1.8.6** En caso de asegurados fallecidos con Incapacidad Temporal Prolongada que no hayan sido trasladados a la Comisión Médica Calificadora de Incapacidades – COMECI, el Médico de Control del Establecimiento de Salud ó CEVIT que lo derivó, procederá a emitir los CITT hasta la fecha de fallecimiento, siempre y cuando no excedan los días máximos permitidos por Ley, registrando todo lo actuado en la respectiva Historia Clínica ó en el expediente de validación de ser el caso.
- 6.2.1.8.7** Los asegurados trasladados a la COMECI que hayan fallecido antes de que se emita el IMECI, serán calificados con incapacidad de naturaleza Permanente, en este caso el Médico de Control del Establecimiento de Salud ó CEVIT que lo derivó, procederá a emitir los CITT hasta la fecha de fallecimiento, siempre y cuando no excedan los días máximos permitidos por norma institucional, registrando todo lo actuado en la respectiva Historia Clínica o en el expediente de validación de ser el caso.
- 6.2.1.8.8** Expedición de CITT en asegurados que hacen uso de Servicios Externos: El Establecimiento de Salud que solicita el envío de un asegurado para un servicio externo (en el Extranjero o en el País), es el responsable de expedir los CITT que correspondan, por el tiempo que dure el tratamiento y recuperación del asegurado, hasta su alta. Cuando el asegurado que por diferentes razones se encuentre en el extranjero y sufriera un siniestro que lo incapacite, solicitará la validación al CEVIT de la Red Asistencial o de



corresponder, al Establecimiento de Salud de adscripción, cumpliendo con los requisitos estipulados para la validación.

**6.2.1.8.9** En caso que el CITT, haya sido expedido con los datos del asegurado errados o no esté acorde con lo registrado en la Historia Clínica, el empleador o el asegurado o las Dependencias de la Gerencia de Prestaciones Económicas, solicita su anulación y la expedición de un nuevo CITT, al Director del Establecimiento de Salud. Para tal efecto, el Médico de Control verifica los datos registrados en la Historia Clínica y de proceder, se anula el CITT errado y se emite uno nuevo, registrando todo lo actuado en la Historia Clínica correspondiente.

**6.2.1.9 Los CITT que se otorgan por contingencias laborales deben cumplir con los Criterios Técnicos del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo – SCTR:**

- 
- a) El asegurado debe laborar en una Entidad Empleadora que realiza actividades de Alto Riesgo descritas en el Anexo 5 del D.S. N° 009-97-SA.
  - b) Que el siniestro laboral se produzca en el "Centro de Trabajo" o por ocasión del trabajo, en horario o turno habitual, y que además exista evidencias del riesgo o riesgos que la ocasiona (relación causa – efecto).
  - c) En caso de Accidentes de Trabajo es obligatorio la presentación de la notificación correspondiente (Aviso de Accidente de Trabajo).
  - d) En la evolución de las lesiones, complicaciones o secuelas siempre se consignará la contingencia en el CITT como Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional.
  - e) EsSalud emite y expide CITT por contingencias laborales tan sólo por 340 días, sean días consecutivos o no consecutivos.
  - f) En caso de Incapacidad Temporal prolongada la calificación de la naturaleza de la Incapacidad no es competencia de la Comisión Médica Calificadora de Incapacidades (COMECI).
  - g) En caso de CITT por Enfermedad Profesional, el CIE 10 a consignar debe formar parte del Listado de Enfermedades Profesionales establecido por la NTS N° 068-MINSA/DGSP V0.1.

**6.2.1.10 Registro y emisión del CITT**

**6.2.1.10.1** El profesional de salud tratante, médico de control o el responsable del ingreso de la información para emitir CITT, a fin de detectar oportunamente a los asegurados con Incapacidad Temporal Prolongada (ITP) debe revisar cuando corresponda, el modulo

informático "Cuenta Individual de Días de Incapacidad" – CIDI del asegurado, del Sistema Integrado de Gestión de Incapacidades (SIGI).

**6.2.1.10.2** De tratarse de un asegurado con Incapacidad Temporal Prolongada procede a bloquear en el Sistema Informático, la cuenta y devuelve la Historia Clínica al profesional de salud tratante, junto con el Formulario denominado "Informe de Evaluación Médica" Ley 26790 (Anexo N° 04) para su registro y posterior traslado a la COMECI de la Red Asistencial.

**6.2.1.10.3** La transferencia de la información de los CITT en los Establecimientos de Salud, se realiza diariamente a la Oficina Central de Tecnología, Información y Comunicaciones (OCTIC), a fin que esta información esté disponible para consulta, previo al otorgamiento de subsidios por incapacidad temporal y maternidad, bajo responsabilidad del Jefe de Soporte Informático, del Director del Establecimiento de Salud o del Jefe del CEVIT según corresponda.

## **6.2.2 INFORME MÉDICO DE CALIFICACIÓN DE LA INCAPACIDAD - IMECI**

### **6.2.2.1 Comisión Médica Calificadora de Incapacidades (COMECI) Ley 26790:**

**6.2.2.1.1** La Comisión Médica Calificadora de Incapacidades (**COMECI**) se encarga de calificar la naturaleza de la Incapacidad, emitiendo el Informe Médico de Calificación de Incapacidad – **IMECI**.

**6.2.2.1.2** La Comisión Médica Calificadora de Incapacidades (**COMECI**), está conformada solo por médicos, en número no menor de tres (03) miembros (Presidente, Secretario y Vocal), de preferencia por un Médico Internista, un Médico Traumatólogo o Rehabilitador y por el Médico de Control del Hospital Base de la Red Asistencial.

**6.2.2.1.3** Dependen funcionalmente de la Oficina de Gestión de la Incapacidad Temporal (OGIT) de la Red Asistencial.

**6.2.2.1.4** La COMECI esta implementada en los Hospitales Bases de las Redes Asistenciales y Hospitales autorizados por la Gerencia de Prestaciones Económicas, debiendo considerarse la cantidad de horas necesarias según demanda, a los profesionales que la integran, a fin de atender los requerimientos propios de la Red Asistencial.

6.2.2.1.5 La COMECI califica los expedientes de los asegurados adscritos a todos los Establecimientos de Salud de su Red Asistencial y de los pacientes referidos al Hospital Base de la Red que presenten:

- Impedimento configurado ó
- Tratamiento de larga data o de pronóstico incierto ó
- Acumulen 150 días consecutivos ó
- Acumulen 90 días no consecutivos en 365 días.

6.2.2.1.6 En caso no exista evidencia suficiente para que la COMECI califique la naturaleza de la incapacidad, se debe citar al asegurado para la evaluación correspondiente, registrando todo lo actuado y adjuntándolo al expediente clínico.

6.2.2.1.7 El Estándar promedio de producción de la COMECI es de 5 (cinco) expedientes por hora.

6.2.2.1.8 La emisión del Informe Médico de Calificación de Incapacidad – **IMECI**, se realiza en un plazo máximo de 7 días útiles, contados a partir de recepcionado el expediente completo por la COMECI.

6.2.2.1.9 Los integrantes de la COMECI son designados por la Gerencia/Dirección de la Red Asistencial, con una duración de tres (03) años renovables e incluye las actividades de sus integrantes de acuerdo al cargo (véase Anexo N° 6)

6.2.2.1.10 No es competencia de la COMECI pronunciarse sobre temas laborales, pensionarios u otros que no estén relacionados ni en apego a la Ley N° 26790.

6.2.2.1.11 El Gerente/Director de la Red Asistencial, es responsable de la operatividad de la **COMECI** y de la oportunidad en la emisión del Informe Médico de Calificación de Incapacidad – **IMECI**.

6.2.2.1.12 El Gerente/Director de la Red Asistencial, podrá de acuerdo a la demanda conformar la **COMECI** con médicos a dedicación exclusiva, pudiendo incluso previo estudio costo/beneficio, contratar el servicio con terceros.

## 6.2.2.2 Del proceso de la emisión del Informe de Evaluación Médica Ley 26790.

### 6.2.2.2.1 Informe de Evaluación Médica Ley 26790 (Anexo N° 04)

6.2.2.2.1.1 Es el documento registrado por el Médico, donde se determina la evolución de la enfermedad, respuesta al tratamiento, secuelas o complicaciones y el pronóstico de la enfermedad, lesión o secuela. El Médico con los datos y evidencias establece si el impedimento que ocasiona la Incapacidad, podrá estar resuelto en un periodo igual o menor al tiempo máximo reconocido por ley, es decir antes o como máximo 11 meses y 10 días (340 días), contados a partir del vigésimo primer día de la incapacidad.

6.2.2.2.1.2 Cuando el Médico Tratante configure un impedimento, ocasionado por una enfermedad, lesión o secuela irrecuperable o de tratamiento médico incierto y a largo plazo, es responsable de registrar en el **“Informe de Evaluación Médica Ley 26790”** (Anexo 04), los datos correspondientes, adjuntando copia de las evidencias médicas que permitan evaluar la naturaleza de la incapacidad y otorgando al asegurado una Constancia de Atención, a fin de justificar su absentismo laboral.

6.2.2.2.1.3 En caso no se encontrara disponible el Médico Tratante, el Jefe de Servicio registra en el **“Informe de Evaluación Médica Ley 26790”** (Anexo 04), los datos correspondientes, adjuntando copia de las evidencias médicas que permitan evaluar la naturaleza de la incapacidad.

6.2.2.2.1.4 El Médico de Control en los casos de validación de certificados médicos, se encarga del llenado del **“Informe de Evaluación Médica Ley 26790”** (Anexo 04), adjuntando copia de las evidencias médicas que permitan evaluar la naturaleza de la incapacidad.

6.2.2.2.1.5 Cuando la Incapacidad Temporal es Prolongada, es decir, cuando presente más de **150 días** de incapacidad consecutivos, ó más de **90 días** de incapacidad no consecutivos en un periodo de 365 días, el Médico Tratante ó el Medico de Control en la validación de los certificados médicos, debe llenar el **"Informe de Evaluación Médica Ley 26790"**.

6.2.2.2.1.6 El Médico Tratante que expide el CITT del asegurado que acumula los 150 días de incapacidad consecutivos, ó los 90 días de incapacidad no consecutivos en un periodo de 365 días, es el responsable del llenado del **"Informe de Evaluación Médica Ley 26790"** (Anexo 04) y de otorgar al asegurado una Constancia de Atención a fin de justificar su absentismo laboral.

6.2.2.2.1.7 El Médico Tratante o el Jefe de Servicio, deriva al Médico de Control del Establecimiento de Salud, el **"Informe de Evaluación Médica Ley 26790"**, adjuntando copia de las evidencias médicas que permitan evaluar la naturaleza de la incapacidad. El Médico de Control es el encargado de preparar el Expediente Clínico, a fin de derivarlo a la COMECI de su Red para la calificación respectiva.

6.2.2.2.1.8 Además podrán solicitar la calificación por la COMECI:

- a) El Asegurado, con solicitud dirigida al Director del Establecimiento de Salud donde se le expidió el CITT con el que acumuló los 150 días de incapacidad consecutivos, ó 90 días no consecutivos de incapacidad en un periodo de 365 días.
- b) El Empleador, con solicitud dirigida al Director del Establecimiento de Salud donde se le expidió el CITT al asegurado con el que acumuló los 150 días de incapacidad consecutivos, ó 90 días no consecutivos de incapacidad en un periodo de 365 días.
- c) El Jefe de la Unidad de Prestaciones Económicas (UPE), cuando detecte como parte del procedimiento de solicitud de reembolso de prestaciones económicas, a un

asegurado con Incapacidad Temporal Prolongada sin evaluación por la COMECI.

- d) La Gerencia de Prestaciones Económicas, cuando detecte a un asegurado con Incapacidad Temporal Prolongada sin evaluación por la COMECI.

6.2.2.2.1.9 El Expediente Clínico a ser enviado por el Médico de Control a la COMECI consta de la siguiente documentación:

- a) Reportes "Datos del Asegurado" y "Cuenta Individual" del Sistema Acredita Intranet.
- b) Reporte "Cuenta Individual de Días de Incapacidad" – CIDI del Sistema Integrado de Gestión de Incapacidades – SIGI.
- c) Informe de Evaluación Médica Ley N° 26790 (Anexo N° 04) elaborado por el Médico Tratante ó Jefe de Servicio. En el caso que los CITT hayan sido expedidos por validación, el Médico de Control es el responsable de elaborar el Informe.
- d) Copia de las evidencias médicas (ej. resultados de exámenes de laboratorio, RMN, TAC, biopsias, ecografías, etc.) que contribuyan a determinar la naturaleza de la incapacidad.

6.2.2.2.1.10 El Director del Establecimiento de Salud, es el responsable de tramitar oportunamente la entrega del Expediente Clínico a la COMECI de la Red Asistencial, para la calificación respectiva (Anexo N° 5).

### 6.2.2.3 Del proceso de la emisión del Informe Médico de Calificación de Incapacidad – IMECI

- 6.2.2.3.1 El Informe Médico de Calificación de Incapacidad – **IMECI** (Anexo N° 9) identificado como Formulario 8004, es el documento oficial en EsSalud, que emite la **COMECI Ley 26790**, con el cual califica la naturaleza de la Incapacidad como: **Temporal o No Temporal**, de los asegurados regulares titulares activos, de acuerdo a la actividad laboral que realiza el trabajador con relación a su(s) empleador(es) y es válido solo para el otorgamiento de prestaciones económicas.



6.2.2.3.2 El Informe Médico de Calificación de Incapacidad – **IMECI** se emite a los asegurados regulares con Impedimento configurado y/o Incapacidad Temporal Prolongada, cuando:

- a) La enfermedad, daño o secuela que presenta el asegurado es calificada por el Médico Tratante como irreuperable, ó
- b) La enfermedad, daño o secuela que presenta el asegurado es calificada de pronóstico médico incierto, ó
- c) La enfermedad, daño o secuela que presenta el asegurado necesita de un tratamiento a largo plazo que supera el tiempo máximo permitido por Ley (340 días), ó
- d) Cuando el asegurado presenta 150 días de incapacidad consecutivos.
- e) Cuando el asegurado acumule 90 días de incapacidad no consecutivos en un periodo de 365 días.

6.2.2.4 **Calificación de la Naturaleza de la Incapacidad:**

6.2.2.4.1 La COMECI para calificar la naturaleza de la incapacidad debe tener en cuenta los documentos contenidos en el Expediente Clínico.

6.2.2.4.2 La COMECI en cumplimiento de la Ley N° 26790 que regula el Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, califica a la Incapacidad, como **Temporal**, cuando la resolución de la enfermedad, lesión o secuela, es susceptible de ser tratada y recuperada en un periodo igual ó menor a 11 meses con 10 días (340 días), contados a partir del vigésimo primer día de la incapacidad, periodo que da derecho al goce de subsidios.

6.2.2.4.3 La COMECI en cumplimiento de la Ley N° 26790 que regula el Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, califica a la Incapacidad, como **No Temporal** cuando:

- a) El asegurado presenta un impedimento configurado.
- b) El impedimento ocasionado por enfermedad, lesión o secuela es de tipo irreuperable o requiere tratamiento por largo tiempo y su pronóstico es incierto.



- c) La resolución de la enfermedad, lesión o secuela, no es susceptible de ser tratada y recuperada en un periodo igual o menor a 11 meses con 10 días (340 días), contados a partir del vigésimo primer día de la incapacidad, periodo que da derecho al goce de subsidios.
- d) Los días de incapacidad temporal emitidos superan el periodo máximo de ley, 11 meses con 10 días (340 días),

6.2.2.4.4 Se considera a un impedimento como configurado, cuando cumple con los siguientes requisitos:

- a) **Es objetivo:** Debe acreditarse mediante evidencia médica, los síntomas relatados deber ser consistentes con los signos al examen físico o mental efectuado, tiene el carácter de independiente de la acción voluntaria del paciente y han sido comprobados por el examinador;
- b) **Es demostrable:** Los síntomas descritos en la anamnesis y los signos detectados en el examen deben ser coherentes con alteraciones registradas en el laboratorio, imágenes o pruebas funcionales.
- c) **Las terapias accesibles por el paciente están finalizadas:** en el entendido que la accesibilidad efectiva esté o no demostrada. La exigencia procede solamente para tratamientos, de cualquier tipo, susceptibles de mejorar el grado actual de incapacidad. El grado de adhesión a la terapia es un punto determinante para estimar configurado un impedimento, corresponderá al médico tratante evaluar si las manifestaciones observadas reflejan los efectos conocidos de los tratamientos y si corresponde medición de niveles plasmáticos.
- d) **Evolución estabilizada o en agravación:** al verificar el cumplimiento de este requisito, el médico debe tener presente que el carácter de configurado implica que se ha alcanzado la máxima respuesta al manejo médico y no se espera mejoría de la incapacidad. Cuando la evidencia establece que el impedimento sólo cursará hacia la agravación, puede estimarse configurado.



- e) **Cumple con los períodos de observación:** corresponde a los plazos establecidos, estimados en general en 6 meses de evolución estable después de un procedimiento quirúrgico, lo mismo cuando se ha efectuado rehabilitación o tratamientos farmacológicos, entendiendo este lapso para terapias médicas catalogadas como "óptima" o "completa" en las distintas especialidades, en particular cuando los protocolos terapéuticos establecen la sustitución o adición de medicamentos de acuerdo a la respuesta observada. El progreso constante del conocimiento médico entrega al especialista la posibilidad de asegurar que sólo puedan estimarse como definitivos aquellos impedimentos cuyos tratamientos se consideran completos de acuerdo al conocimiento actual de la especialidad.

6.2.2.4.5 La COMECI utiliza el Anexo N° 8 "Formato para la calificación de la naturaleza de la incapacidad" para registrar los datos que validen la decisión tomada por el pleno.

#### 6.2.2.5 Resultados de la calificación de la Incapacidad

##### 6.2.2.5.1 Por Incapacidad Temporal Prolongada:

- a) Si la Comisión Médica Calificadora de Incapacidades (**COMECI**), determina que la incapacidad es de **naturaleza temporal**, se procede a emitir los CITT, siempre y cuando persista la incapacidad, teniendo un máximo de 340 días.
- b) Si la Comisión Médica Calificadora de Incapacidades (**COMECI**), determina que la incapacidad es de **naturaleza no temporal**, se emitirá el CITT, hasta un máximo de 180 días para los periodos consecutivos y no se otorgará CITT por más días, para los periodos no consecutivos.
- c) Si la Comisión Médica Calificadora de Incapacidades (**COMECI**), determina que **no existe incapacidad**, no se expedirá el IMECI y una copia del expediente deberá ser remitido a la Dirección del Hospital Base de la Red para la realización de la Auditoría de Certificación Médica de Incapacidad de Caso Específico por la **COMAI** correspondiente.



#### 6.2.2.5.2 Por Impedimento Configurado:

La Comisión Médica Calificadora de Incapacidades (**COMECI**), determinara que la incapacidad es de **naturaleza no temporal**, emitiendo el CITT por 30 días adicionales a partir del término del periodo de incapacidad registrado en el último CITT otorgado. (Siempre y cuando no se exceda de los 180 días consecutivos).

#### 6.2.2.6 De la expedición del Informe Médico de Calificación de Incapacidad – IMECI

6.2.2.6.1 El Presidente de la COMECI es el responsable del registro de los datos del IMECI, en el Sistema Integrado de Gestión de Incapacidades – SIGI, al finalizar cada sesión, a fin de contar con la información en tiempo real a nivel nacional. Se imprimirán, un original para el asegurado y un original conteniendo el diagnóstico en CIE 10 para Auditoría, la misma que deberá ser archivada como parte del expediente.

6.2.2.6.2 Se emite un Informe Médico de Calificación de Incapacidad – IMECI, para cada empleador del asegurado, de ser el caso.

6.2.2.6.3 Los miembros de la COMECI registran en el Libro de Actas el número, la fecha y hora de la sesión, la relación de los asegurados evaluados (Nombres, Apellidos, DNI, diagnóstico en CIE 10); así como el resultado de la calificación, consignando la firma y sello de cada uno de ellos al final de la sesión.

#### 6.2.2.7 Situaciones Especiales de Calificación de Incapacidades

6.2.2.7.1 Cuando la **COMECI** detecte CITT en la que presume incumplimiento de la norma, o no estén registrados en la Cuenta Individual de Días de Incapacidad (CIDI), solicitará a la Dirección del Establecimiento de Salud, la realización de la Auditoría de Certificaciones Médicas de Incapacidades, a la **COMAI** correspondiente.

6.2.2.7.2 Cuando una contingencia es configurada como laboral (Accidente de Trabajo – Enfermedad Profesional) con cobertura por el SCTR; EsSalud no tiene competencia para realizar la calificación por la COMECI. El Medico de Control del Establecimiento de Salud donde el asegurado acumule 340 días, contados a partir del vigésimo primer día de la incapacidad, es responsable de bloquear la expedición de más CITT.



6.2.2.7.3 En el caso de asegurados con Incapacidad Temporal Prolongada, a quienes se les bloqueó la expedición de CITT por estar a la espera de la evaluación por la COMECI, una vez registrado el IMECI en el Sistema Integrado de Gestión de Incapacidades – SIGI, el resultado de la calificación determinara si se desbloquea o no la cuenta procediendo conforme a lo establecido en el numeral 6.2.2.5 de la presente norma.

## 6.2.3 CERTIFICACIONES MÉDICAS POR MATERNIDAD

### 6.2.3.1 **Descanso Médico por Maternidad** Modificada mediante Resol N° 562-GG-16 (Ver resolución)

Es el periodo que por ley corresponde a una asegurada regular titular activa para descansar por un periodo de 90 días en el caso de embarazo normal y en casos especiales como embarazo múltiple e hijos recién nacidos con Discapacidad, se extenderá el periodo a 120 días; para su certificación se utiliza el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT)

### 6.2.3.2 **Criterios generales para la expedición del CITT en gestantes.**

- 6.2.3.2.1 Toda asegurada regular gestante que solicite un Descanso por Maternidad deberá tener vínculo laboral en el mes de concepción, el mismo que se determina como el noveno mes anterior a la fecha probable de parto. En el caso de aseguradas agrarias no se le exige estar afiliadas al momento de la concepción.
- 6.2.3.2.2 Toda asegurada regular, que requiera atención médica por su embarazo, en los Servicios de Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia de un Establecimiento de Salud, tiene derecho a que como resultado del acto médico efectuado, y encontrándose con Incapacidad Temporal, los profesionales de la salud le expidan el respectivo Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo – CITT.
- 6.2.3.2.3 En caso de enfermedades o daños intercurrentes que pongan en riesgo la salud de la gestante y del concebido, el profesional de la salud expide el CITT, utilizando la “**Guía de Calificación de la Incapacidad Temporal para el Trabajo**”, siempre y cuando el periodo a otorgar no incluya los días correspondientes al periodo de Descanso por Maternidad.
- 6.2.3.2.4 En el caso de que la paciente haya sido referida para la atención del parto, el profesional del Establecimiento de Salud de Origen, está en la obligación de expedir el CITT por Maternidad, en la consulta que originó la referencia, a partir de la semana 30 de gestación.



**6.2.3.2.5** Si la paciente opta por diferir la fecha de inicio del descanso por maternidad, el Médico Tratante del Establecimiento de Salud de Origen, anota en la hoja de la referencia, el número del CITT otorgado que difiere el inicio del descanso.

### 6.2.3.3 Criterios Técnicos para la expedición del CITT por Maternidad.

**6.2.3.3.1** En caso de embarazo único (CIE 10 Z02.7), el descanso por maternidad que corresponde por ley a una asegurada regular gestante, se expide por el médico u obstetriz que regularmente controla su embarazo y se otorga por un período de 90 días. En caso de embarazo múltiple (CIE 10 O30), el CITT por maternidad solo podrá ser expedido por el médico tratante, por un periodo de 120 días.

Ambas situaciones deberán ser evidenciadas con los respectivos informes ecográficos.

**6.2.3.3.2** El CITT por Maternidad no está regulado por las normas de Incapacidad Temporal para el trabajo.

**6.2.3.3.3** La Gestante tiene derecho a que el descanso por maternidad, se inicie 45 días antes de la fecha probable de parto (FPP), pudiendo ser diferido parcial o totalmente, previo Informe del Médico Tratante que certifique que la postergación del descanso pre natal por dicho número de días no afectará de ningún modo a la trabajadora gestante o al concebido.

*Modificada mediante Resol N° 562-GG-16 (Ver resolución)*

**6.2.3.3.4** Los CITT otorgados por Incapacidad Temporal no pueden postergar el inicio del Descanso por Maternidad.

### 6.2.3.4 Casos Especiales

**6.2.3.4.1** En los casos de **partos prematuros** se expide el CITT por Maternidad cuando el parto ocurra entre la semana 22 y 30, siempre que el recién nacido sobreviva por más de 72 horas. Situación que deberá ser evidenciada con el Informe del Médico Tratante del neonato ó Certificado de Defunción en caso de fallecimiento posterior a las 72 horas.

**6.2.3.4.2** Cuando el parto se produce después de la semana 30 de gestación, el CITT es otorgado por 90 días, sobreviva o no el recién nacido.

*Modificada mediante Resol N° 562-GG-16 (Ver resolución)*



**6.2.3.4.3** Cuando se trate de **Embarazo múltiple** se expide el CITT por 120 días, aun cuando sólo sobreviva uno de los productos.

Modificada mediante Resol N° 562-GG-16 (Ver resolución)

**6.2.3.4.4** En el caso de **Embarazo Prolongado**, cuando el parto se produce después de la fecha probable de parto (FPP), se considera los días posteriores de la FPP hasta el día del parto, como Incapacidad Temporal (Enfermedad Común - código CIE 10 "O48.X"), debiendo otorgarse al final del período de Maternidad.

**6.2.3.4.5** Cuando el producto del embarazo es un **Recién nacido con Discapacidad**, se otorga 30 días naturales adicionales, registrando el código CIE 10 "Z02.7", siendo acreditado por el profesional de salud autorizado y en apego a la regulación y reglamento correspondiente

**6.2.3.4.6** Si la trabajadora gestante opta por diferir el inicio del Descanso de Maternidad deberá comunicarlo al Médico Tratante, éste verificará y evaluará el estado de la paciente, con énfasis en las condiciones de la madre, del concebido y el trabajo habitual de la gestante, procediendo a expedir el Informe Médico de Postergación del Descanso por Maternidad (Anexo N° 18 – Informe solo valido para EsSalud).

**6.2.3.4.7** En casos excepcionales (gestante sin controles prenatales previos, no expedición oportuna de CITT por Médico Tratante o parto prematuro), en que el parto ya se ha producido y no ha sido expedido el CITT por Maternidad, el Médico de Control del Establecimiento de Salud en donde se atendió el parto, expedirá el CITT considerando la fecha del parto como la fecha de inicio del descanso, evidenciado con la copia del Certificado de Nacimiento o copia del DNI del niño.

**6.2.3.4.8** En el caso que el parto se produzca antes de la fecha de inicio del Descanso por Maternidad, la asegurada, el empleador o la Unidad de Prestaciones Económicas, deberá presentar una solicitud dirigida al Director del Establecimiento de Salud ó CEVIT, que otorgó el CITT por Maternidad, adjuntando el CITT Usuario original más la copia del Certificado de Nacimiento ó la copia de la Partida de Nacimiento ó la copia del DNI del Recién Nacido, a fin de que el Médico de Control proceda a la anulación del CITT y a la expedición del nuevo CITT, registrando como fecha de inicio la fecha del parto o la fecha de ingreso al Establecimiento de Salud para la atención del parto.



## 6.2.4 VALIDACIÓN DE CERTIFICADOS MEDICOS

### 6.2.4.1 Validación del Certificado Médico.

**6.2.4.1.1** Todo Certificado Médico posterior al vigésimo día de incapacidad acumulado en el año por el trabajador, y que cumpla con los requisitos respectivos; será validado procediéndose a emitir el respectivo CITT. La presentación del expediente por el usuario deberá ser realizado dentro de los treinta (30) primeros días hábiles de emitido el Certificado Médico.

Modificada mediante Resol N° 562-GG-16 (Ver resolución)

**6.2.4.1.2** El trámite de validación del Certificado Médico, se realizará en el Establecimiento de Salud al cual está adscrito el asegurado ó en el Centro de Validación de la Incapacidad Temporal – CEVIT de la Red Asistencial, de ser el caso.

Modificada mediante Resol N° 562-GG-16 (Ver resolución)

**6.2.4.1.3** El Médico de Control es el profesional responsable y acreditado para realizar el proceso de validación de los Certificados Médicos por el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo – CITT; y el plazo máximo de días para resolver esta estipulado en el TUPA vigente.

**6.2.4.1.4** Cuando se solicite la validación de un Certificado Médico que incluya días anteriores al vigésimo primer día de incapacidad del asegurado, se entregará el (los) CITT por todo el período a reconocer, siempre y cuando se cumpla con todos los documentos que sustenten la incapacidad especificados en los formatos respectivos (Anexo 10, 11 y 12) y con la “Guía de Calificación de la Incapacidad Temporal para el Trabajo”.

Modificada mediante Resol N° 562-GG-16 (Ver resolución)

**6.2.4.1.5** Cuando el Médico de Control detecte irregularidades o presuma falsedad de los documentos presentados para la validación de Certificados Médicos por el CITT, comunicará a la Dirección del Establecimiento de Salud, quien devolverá la documentación por escrito al Empleador del asegurado, comunicándole el hallazgo, para las acciones correspondientes, remitiendo una copia a la OGIT y a la Sub Gerencia de Auditoría de Certificaciones y Evaluación Médica de la Gerencia de Prestaciones Económicas.

Modificada mediante Resol N° 562-GG-16 (Ver resolución)



**6.2.4.1.6** En caso el expediente de validación haya sido observado, se le otorgará 30 días hábiles al usuario para la subsanación de las observaciones, vencido el plazo, de cumplir con los requisitos, el CEVIT resolverá emitiendo el CITT por los días de incapacidad temporal que las evidencias medicas lo justifiquen, caso contrario se notificara al usuario, devolviéndose el expediente.

Modificada mediante Resol N° 562-GG-16 (Ver resolución)

**6.2.4.1.7** Durante el proceso de Validación de Certificados Médicos no se podrá devolver por segunda vez el expediente al Usuario, considerando observaciones que en la primera devolución no se precisó.

**6.2.4.1.8** El Medico de Control que evalúa el expediente de Validación de Certificados Médicos, valorara el contenido del documento y no la forma, pues no es facultad institucional normar los formatos a utilizar por terceros para la emisión de los Certificados Médicos.

**6.2.4.2 De los documentos a presentar para la validación de Certificados Médicos en caso de Contingencias Comunes:**

Todo asegurado, familiar, representante de una empresa u otro, deberá presentar el expediente para trámite de validación con los siguientes documentos foliados:

- a) Anexo N° 10 "Formulario para Trámite de Validación de Certificados Médicos por contingencias comunes" debidamente llenado y firmado.
- b) Certificado Médico, conteniendo los siguientes datos:
  - Nombres y Apellidos del paciente
  - Diagnóstico descriptivo ó en CIE 10.
  - Período de incapacidad (Fecha de inicio y de fin)
  - Fecha de otorgamiento del certificado medico.
  - Firma del profesional de la salud tratante acorde con RENIEC
  - Sello legible del profesional de la salud tratante
  - En caso haya sido emitido en el extranjero deberá estar visado o apostillado por el Consulado.
- c) En caso que el asegurado no esté afiliado a una Entidad Prestadora de Salud - EPS o Seguro Médico Particular, se adjuntara copia de los Recibos por Honorarios Profesionales o copia de factura o copia de boleta de venta de la atención medica recibida.



d) En caso de Entidades Prestadoras de Salud - EPS o Seguros Médicos Particulares, se adjuntará la documentación que sustente la atención recibida (copia de la liquidación de gastos o copia de la pre liquidación de atención ambulatoria o copia de la orden de atención en farmacia o copia del reporte de consumo por afiliado o copia de la carta de garantía).

#### 6.2.4.3 De los documentos adicionales a presentar para la validación de Certificados Médicos:

A los documentos del numeral 6.2.4.2, se adicionará lo siguiente, acorde con el servicio que prestó la atención:

6.2.4.3.1 Si la atención fue brindada por **Consulta Externa** adjuntar:

- a) Copia de las indicaciones medicas recibidas en la fecha de la atención.
- b) Copia de resultados de exámenes de ayuda al diagnóstico que sustenten la incapacidad, de corresponder.

6.2.4.3.2 Si la atención fue brindada durante la **Hospitalización**:

- a) Copia de la Epicrisis; en los casos de tratamientos quirúrgicos se adjuntará además la copia del reporte operatorio.
- b) Copia de resultados de exámenes de ayuda al diagnóstico que confirmen la incapacidad, de corresponder.

6.2.4.3.3 Si la atención fue brindada en el servicio de **Emergencia**:

- a) Copia de las indicaciones médicas que sustenten la atención.
- b) Copia de resultados de exámenes de ayuda al diagnóstico que confirmen la incapacidad, de corresponder.

Nota: El Medico de Control podrá solicitar un Informe Medico, en caso de Incapacidad mayor a 20 días ó que las evidencias médicas no justifiquen el impedimento, el Informe Medico deberá contener toda la información necesaria que justifique los días de incapacidad emitidos.

#### 6.2.4.4 De los documentos a presentar para la validación de Certificados Médicos en caso de Contingencias Laborales (Accidente de Trabajo con cobertura SCTR y Enfermedad Profesional):

Todo asegurado, familiar, representante de una empresa u otro, deberá presentar el expediente para trámite de validación con los siguientes documentos foliados:

- a) Anexo N° 11 "Formulario para Trámite de Validación de Certificados Médicos por contingencias laborales" debidamente llenado y firmado.
- b) Certificado Médico, conteniendo los siguientes datos:
  - Nombres y Apellidos del paciente
  - Diagnóstico descriptivo ó en CIE 10.
  - Período de incapacidad (Fecha de inicio y de fin)
  - Fecha de otorgamiento del certificado medico.
  - Firma del profesional de la salud tratante acorde con RENIEC
  - Sello legible del profesional de la salud tratante
  - En caso haya sido emitido en el extranjero deberá estar visado o apostillado por el Consulado.
- c) Copia de la póliza de afiliación al SCTR ó copia de la boleta de pago del asegurado donde se visualiza el aporte del empleador al SCTR del mes de la contingencia.
- d) Copia de Notificación ó Aviso de Accidente de Trabajo debidamente registrado.
- e) A partir de la segunda validación, deberá presentar la copia del formato "Solicitud de atención médica" por cada certificado médico.

A los documentos del numeral 6.2.4.4, se adicionará lo siguiente, acorde con el servicio que prestó la atención:

**6.2.4.4.1** Si la atención fue brindada por **Consulta Externa** adjuntar:

- a) Copia de las indicaciones medicas recibidas en la fecha de la atención
- b) Copia de resultados de exámenes de ayuda al diagnóstico que sustenten la incapacidad, de corresponder.

**6.2.4.4.2** Si la atención fue brindada durante la **Hospitalización**:

- a) Copia de la Epicrisis, en los casos de tratamientos quirúrgicos se adjuntará además la copia del reporte operatorio.
- b) Copia de resultados de exámenes de ayuda al diagnóstico que confirmen la incapacidad, de corresponder.

**6.2.4.4.3** Si la atención fue brindada en el servicio de **Emergencia**:

- a) Copia de las indicaciones médicas que sustenten la atención.
- b) Copia de resultados de exámenes de ayuda al diagnóstico que confirmen la incapacidad, de corresponder.

Nota: El Medico de Control podrá solicitar un Informe Medico, en caso de Incapacidad mayor a 20 días ó que las evidencias médicas no justifiquen el impedimento, el

Informe Medico deberá contener toda la información necesaria que justifique los días de incapacidad emitidos.

**6.2.4.5 De los documentos a presentar para la validación del Certificado Médico por Maternidad:**

Todo asegurado, familiar, representante de una empresa u otro, deberá presentar el expediente para trámite de validación con los siguientes documentos foliados:

- a) Anexo N° 12 "Formulario para Trámite de Validación de Certificados Médicos por Maternidad" debidamente llenado y firmado.
- b) Certificado Médico, conteniendo los siguientes datos:
  - Nombres y Apellidos de la paciente
  - Diagnóstico descriptivo ó en CIE 10.
  - Fecha de la Última Regla
  - Fecha Probable de Parto
  - Fecha de inicio y de fin del descanso
  - Fecha de otorgamiento
  - Firma legible del profesional de la salud tratante acorde con RENIEC.
  - Sello legible del profesional de la salud tratante.
  - En caso haya sido emitido en el extranjero deberá estar visado o apostillado por el Consulado.
- c) Copia del informe ecográfico del último Trimestre del embarazo (28 a 42 semanas)
- d) En caso de diferimiento en la fecha de inicio del descanso por maternidad, se adicionará la copia del Informe Médico de Postergación del Descanso por Maternidad, emitido por el medico tratante.

**6.2.4.5.1** En caso que el parto se haya producido antes de las 30 semanas de gestación (parto prematuro) y el recién nacido sobreviva por más de 72 horas, a los requisitos a) y b), se adicionará:

- Copia del Informe del Médico Tratante del neonato o copia del Certificado de Defunción en caso que el fallecimiento del neonato haya sido posterior a las 72 horas.
- Copia del último Informe ecográfico.

**6.2.4.5.2** En caso la validación se realice posterior al nacimiento, a los requisitos a), b) y c), se adicionará la copia de la Partida de nacimiento o copia del DNI del Recién nacido o copia del certificado de nacimiento.

**6.2.4.5.3** En caso la validación se realice por embarazo prolongado se presentaran los siguientes documentos:

- Certificado Médico expedido por el profesional de la salud con firma de acuerdo a RENIEC y por el diagnóstico Embarazo Prolongado (CIE 10 O 42.X) por los días comprendidos entre la FPP y la Fecha del Parto
- Copia de Recibo por Honorarios Profesionales o copia de factura o copia de boleta de venta de la atención recibida
- En caso que la atención haya sido a través de una EPS o seguros particulares, se presentará copia de cualquier documento que sustente la atención recibida (Ejm: Orden de Atención en Farmacia o Reporte de Consumos por Afiliado o Pre - Liquidación Ambulatoria o Liquidación de Gastos o Carta de Garantía o Copia de la Historia Clínica).

**6.2.4.5.4** En caso el Recién Nacido presente Discapacidad

- Certificado Médico expedido por el profesional de salud autorizado con firma de acuerdo a RENIEC, que certifica la discapacidad del recién nacido.

## **6.2.5 AUDITORIA DE CERTIFICACIONES MEDICAS DE INCAPACIDADES**

### **6.2.5.1 Comité Médico de Auditoría de Incapacidades (COMAI)**

6.2.5.1.1 El Comité Médico de Auditoría de Incapacidades (COMAI) estará integrado por un mínimo de tres (03) Médicos, de preferencia de las siguientes especialidades básicas (Medicina Interna, Cirugía y Gineco-Obstetricia), en caso no se contara con Médicos de las Especialidades señaladas anteriormente, podrá ser integrado por otras Especialidades o Médicos Generales. Los integrantes de preferencia contarán con tres años de experiencia en el ejercicio de la profesión médica y tendrán que ser capacitados en Auditoría Médica de Certificaciones Médicas por Incapacidad Temporal y Maternidad.

6.2.5.1.2 El COMAI será designado por el Director del Establecimiento de Salud mediante acto resolutivo, que tendrá una duración de tres (03) años renovable y que incluirá las actividades a desarrollar por sus integrantes, se deberá conformar en todos los Establecimientos de Salud del 2do y 3er Nivel de atención de la Red Asistencial, asignándose a cada uno de sus integrantes un mínimo de 50 horas mensuales para el desarrollo de sus actividades (Anexo N° 14).

6.2.5.1.3 En los Establecimientos de Salud del 2do nivel de atención que no cuenten con profesionales médicos suficientes para conformar el Comité, deberán enviar el Sustento Técnico de la no conformación del Comité, a la Gerencia de Prestaciones Económicas, siendo estas actividades asumidas por el Comité Médico de Auditoría de Incapacidades (COMAI) del Hospital Base de la Red Asistencial.

6.2.5.1.4 La Auditoría de las Certificaciones Médicas de Incapacidades emitidas por los profesionales de la salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPRESS y de las Asociaciones Público Privadas – APP, que tengan convenios con la institución serán asumidas por el COMAI del Hospital Base de la Red Asistencial a la que pertenezcan.

#### 6.2.5.2 Fases del proceso de Auditoría de Certificaciones Médicas de Incapacidades:

##### 6.2.5.2.1 Planeamiento:

La fase de planeamiento se inicia con la programación del Establecimiento de Salud a ser examinado y, dentro de ella, el área o asuntos específicos objeto de examen. El planeamiento provee una estrategia tentativa para orientar los esfuerzos de auditoría.

##### 6.2.5.2.2 Ejecución

Con el desarrollo de la auditoría se inicia la fase de ejecución, cuyo propósito es obtener la evidencia suficiente, competente y pertinente, en relación a los asuntos o hechos evaluados.

##### 6.2.5.2.3 Informe

El Informe representa el producto final del trabajo del auditor y en él se presentan sus observaciones, conclusiones y recomendaciones, expresadas en juicios fundamentados como consecuencia del análisis de las evidencias obtenidas durante la fase de ejecución.



En esta fase el auditor comunica a los funcionarios de la entidad objeto de la auditoría, los resultados obtenidos presentados como deficiencias significativas y las recomendaciones para promover mejoras en la ejecución de las operaciones, a fin de que se adopten medidas correctivas y se evite su ocurrencia en el futuro.

#### 6.2.5.2.4 Seguimiento de medidas correctivas

6.2.5.2.4.1 El seguimiento de medidas correctivas se realiza con el objeto de establecer el grado de superación de las observaciones efectuadas por los auditores, así como evaluar las acciones adoptadas por la entidad auditada para implementar las recomendaciones incluidas en el informe de auditoría.

6.2.5.2.4.2 El COMAI del Establecimiento de Salud es responsable de efectuar el seguimiento de la implementación de las recomendaciones formuladas en su Informe.

6.2.5.2.4.3 El Director del Establecimiento de Salud es el responsable de la implementación de las recomendaciones formuladas por la COMAI.

6.2.5.2.4.4 La retroalimentación es parte del proceso de Educación Médica Continua. Es de responsabilidad del Director del Establecimiento de Salud, remitir oportunamente los Informes de la COMAI a los profesionales y Servicios Asistenciales que resultaran auditados, a fin que se implementen las recomendaciones formuladas.

#### 6.2.5.3 Plan Anual de Auditoría de Certificaciones Médicas por Incapacidades.

6.2.5.3.1 El Plan Anual (Anexo N° 15) deberá contener los siguientes ítems:

- a) Origen
- b) Naturaleza y Objetivos
- c) Alcance del Plan
- d) Metodología
- e) Instrumentos a utilizar
- f) Plan de Trabajo
- g) Cronograma
- h) Anexos

6.2.5.3.2 El **Plan Anual de Auditoría de Certificaciones Médicas por Incapacidades**, deberá ser enviado a la Gerencia de Prestaciones Económicas, los primeros 15 días del año en curso.



Es responsabilidad del Director del Establecimiento de Salud y del Gerente / Director de la Red Asistencial, la entrega oportuna de los Planes Anuales de Certificaciones Medicas por Incapacidades.

6.2.5.3.3 Acorde con el Plan Anual el COMAI realizará los siguientes tipos de auditoria:

a) **Auditoría de Validación de la Certificación Medica de la Incapacidad:**

Comprende la Auditoría de las Historias Clínicas y de los Expedientes Clínicos que contienen Certificaciones Medicas de la Incapacidad (CITT e IMECI) Se realizara en el 30% del tiempo programado. El Informe a presentar estará acorde a la normatividad vigente.

b) **Auditoría de los Procesos relacionados a la Certificación Medica de la Incapacidad:**

Comprende la Auditoria de las Certificaciones Medicas de Incapacidad de tipo concurrente de los procesos realizados por los Gestores de la Incapacidad. (30% del tiempo programado). El Informe a presentar estará acorde a la normatividad vigente.

c) El 40% del tiempo programado restante, será destinado a las **Auditorias de Certificaciones Medicas de Incapacidad de Casos Específicos**, solicitados por la autoridad competente (Director del Establecimiento de Salud, Gerente/Director de la Red Asistencial, Gerencia de Prestaciones Económicas o Unidad de Prestaciones Económicas). El Informe a presentar estará acorde a la normatividad vigente.

6.2.5.3.4 Al finalizar el proceso de Auditoria, el COMAI remitirá su Informe al Director del Establecimiento de Salud, a fin de que se implementen las recomendaciones formuladas.

6.2.5.3.5 El Director del Establecimiento de Salud remitirá oportunamente el Informe al Responsable de la OGIT, quien se encargará de consolidar la información de los COMAI de la Red.

6.2.5.3.6 El Responsable de la Oficina de Gestión de la Incapacidad de la Red Asistencial (OGIT), remitirá de corresponder, un Informe al Jefe de la Oficina de Coordinación de Prestaciones, quien a su vez lo elevará al Gerente o Director de la Red Asistencial con copia a la Sub Gerencia de Auditoria de Certificaciones y Evaluación Médica de la Gerencia de Prestaciones Económicas.

#### 6.2.5.4 Auditorias de Certificaciones Medicas de Incapacidad de Casos Especificos

Las Auditorias de Certificaciones Medicas de Incapacidad de Casos Especificos podrán ser realizadas de oficio por la COMAI o cuando la autoridad competente (Director del Establecimiento de Salud, Gerente/Director de la Red Asistencial, Gerencia de Prestaciones Económicas o Unidad de Prestaciones Económicas) solicite la Auditoría de las Certificaciones Médicas de Incapacidad de un asegurado en particular.

- 6.2.5.4.1 El COMAI tendrá quince días (15) días útiles como plazo máximo para la entrega del Informe, pudiendo ser solicitado por la Gerencia de Prestaciones Económicas antes de dicho plazo, en razón de la prioridad del mismo.
- 6.2.5.4.2 Si la Auditoría de Certificaciones Medicas de Incapacidad de Caso Especifico, involucra a (02) dos ó más Establecimientos de Salud de la misma Red Asistencial, el Comité Médico de Auditoría de Incapacidades (COMAI) de la Red Asistencial (Hospital Base), asumirá la responsabilidad de realizar la Auditoría.
- 6.2.5.4.3 En caso la Gerencia de Prestaciones Económicas considere que el Informe no se ajusta a la norma, podrá solicitar una nueva auditoría al COMAI del Hospital Base de Red, teniendo como plazo máximo quince (15) días útiles para entregar el Informe de auditoría de certificaciones médicas y si aún así persiste tal situación podrá solicitar la ejecución de la Auditoria de certificaciones medicas de Incapacidad de Casos Especifico, al Comité Medico de Auditoría de Incapacidades de la Gerencia de Prestaciones Económicas, teniendo como plazo máximo quince (15) días útiles para entregar el Informe de Auditoría de certificaciones medicas de Incapacidad de Casos Especifico.
- 6.2.5.4.4 Los Informes de Auditoría de Certificaciones Médicas de Incapacidad, así como los documentos de trabajo respecto a los mismos, son considerados información confidencial de la entidad.

#### 6.2.6 INOBSERVANCIA NORMATIVA

- 6.2.6.1 La inobservancia a las disposiciones contenidas en la presente normativa que conlleve a perjuicio institucional, derivara en responsabilidad administrativa disciplinaria del personal involucrado, sin perjuicio de las responsabilidades civiles y penales que pudieran acarrear.
- 6.2.6.2 En los casos de certificaciones médicas (CITT – IMECI) observadas y como resultado de las Auditorías de Certificaciones Medicas de Incapacidad realizadas,



el Director del Establecimiento de Salud auditado, evaluará e implementará las acciones correctivas y administrativas correspondientes, remitiendo un informe a la Gerencia/Dirección de la Red con copia a la Gerencia de Prestaciones Económicas.

- 6.2.6.3 En caso se compruebe una inobservancia de la presente normativa y/o inconducta funcional en algún personal de la salud, vinculado a la expedición de certificaciones médicas, la máxima autoridad de la Red Asistencial iniciará y ejecutará las acciones administrativas, a través del órgano institucional competente de su Red Asistencial (Asesoría Legal, Oficina de Recursos Humanos u Órgano de Control Interno según corresponda), comunicando lo actuado a la Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales.

### 6.2.7 RECLAMOS Y RESOLUCION DE RECURSOS

- 6.2.7.1 En caso de insatisfacción o disconformidad del usuario con respecto a los servicios brindados por la Institución, se deberá cumplir con poner a disposición del interesado, el Libro de Reclamaciones y proceder de acuerdo con la Directiva N° 02-DA-PE-ESSALUD-2012, "Normas para la Implementación, Funcionamiento y Supervisión del Libro de Reclamaciones en el Seguro Social de Salud – EsSalud".
- 6.2.7.2 En caso de recursos administrativos de reconsideración, apelación y revisión, se realizara de acuerdo a lo estipulado en el Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA) del Seguro Social de Salud – EsSalud, vigente.
- 6.2.7.3 Los actos médicos consignados en las Certificaciones Médicas de Incapacidades (CITT e IMECI), no se consideran actos administrativos, por lo tanto no son aplicables los recursos administrativos de reconsideración, apelación y revisión.

## VII. CONCEPTOS DE REFERENCIA

**Acreditación de los Gestores de Incapacidad:** Acto resolutivo ó documento formal emitido por la Gerencia / Dirección de la Red Asistencial o Director del Establecimiento de Salud, a los profesionales médicos para realizar las actividades de Responsable de la Oficina de Gestión de la Incapacidad Temporal (OGIT), Médico de Control, integrante de la Comisión Médica Calificadora de Incapacidades o integrante del Comité Medico de Auditoría de Incapacidades.

**Acto Médico:** Conjunto de acciones o disposiciones que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica y en cumplimiento estricto de sus deberes y funciones. Han de entenderse por tal los actos de diagnóstico, terapéutica y pronóstico que realiza el médico, en la atención

integral de los pacientes. El acto médico debe estar sustentado en una historia clínica veraz y suficiente que contenga las prácticas y procedimientos aplicados al paciente para resolver el problema de salud diagnosticado y comprende los registros de obligación institucional a fin de ser susceptible de auditorías internas y externas del Acto del Profesional de Salud.

**Accidente:** Toda lesión corporal producida por acción imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza externa repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona, independientemente de su voluntad y que puede ser determinada por los médicos de una manera cierta.

**Accidente y Enfermedad Común:** Todo accidente que no sea calificado como accidente de trabajo con arreglo a las normas del Decreto Supremo N° 003-98-SA, así como toda enfermedad que no merezca la calificación de enfermedad profesional; serán tratados como accidente o enfermedad comunes sujetos al régimen general del Seguro Social de Salud y el sistema pensionario al que se encuentra afiliado el trabajador.

**Accidente de Tránsito:** Es el que ocurre sobre la vía y se presenta súbita e inesperadamente, determinado por condiciones y actos irresponsables potencialmente previsibles, atribuidos a factores humanos, vehículos preponderantemente automotores, condiciones climatológicas, señalización y caminos, los cuales ocasionan pérdidas prematuras de vidas humanas y/o lesiones, así como secuelas físicas o psicológicas, perjuicios materiales y daños a terceros.

**Accidente de Trabajo sin cobertura SCTR:** Es el que ocurre en las instalaciones del centro de trabajo a consecuencia de las labores para las que fue contratado el trabajador, pero que no cuentan con cobertura SCTR.

**Accidente de Trabajo con cobertura SCTR:** Toda lesión corporal (lesión orgánica o perturbación funcional) producida en el centro de trabajo de una empresa de alto riesgo (Anexo 5 del Decreto Supremo 009-97-SA) o en ocasión de las labores para las cuales ha sido contratado el trabajador causada por acción imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona, independientemente de su voluntad y que puede ser determinada por los médicos de una manera cierta,

**Auditoría de Certificaciones Médicas de Incapacidad:** Análisis crítico y sistemático de la calidad del proceso de certificación médica (Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo – CITT y del Informe Médico de Incapacidad – IMECI) expedidos por los profesionales de la salud autorizados de las Redes Asistenciales, expresado a través de un Informe que establece hallazgos, conclusiones y recomendaciones de orden científico técnico, absteniéndose de formular juicios de valor sobre la actuación de los profesionales de la salud. Los tipos de Auditoría de Certificaciones Médicas de Incapacidad son: Auditoría de Validación



de la Certificación Médica de la Incapacidad, Auditoría de los Procesos relacionados a la Certificación Médica de la Incapacidad y la Auditoría de Certificaciones Médicas de Incapacidad de Casos Específicos.

**Auditoría de Validación de la Certificación Médica de la Incapacidad:** Es aquella Auditoría de Certificaciones Médicas que abarca una muestra representativa del universo de certificaciones médicas emitidas en el Establecimiento de Salud o CEVIT durante un período determinado. La Validación de la Certificación Médica de la Incapacidad es el proceso de revisión crítica y sistemática del acto médico, de la emisión de las Certificaciones Médicas de Incapacidad (CITT e IMECI), el cual se encuentra sustentado en la Historia Clínica o Expediente Médico de Validación, contrastando el acto médico realizado, con criterios (estándares), normativas, permitiendo la evaluación del desempeño profesional y la identificación de oportunidades de mejora.

**Autoridad Competente:** Son considerados autoridades competentes: La Gerencia de Prestaciones Económicas, Las Unidades de Prestaciones Económicas, la Gerencia o Dirección de la Red Asistencial, el Director del Establecimiento de Salud.

**Capacidad Laboral:** Es la capacidad que se adquiere sobre la base de conocimientos, destrezas o habilidades que permiten desarrollar sin impedimento un trabajo, profesión u oficio.

**Centro de Validación de la Incapacidad Temporal (CEVIT):** Oficina que permite concentrar y racionalizar recursos en una Red Asistencial, supliendo el déficit de médicos de control y lugares donde se debe realizar el procedimiento de validación del Certificado Médico por el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo – CITT. Atiende el requerimiento de los asegurados, empresas o instituciones que necesiten validaciones de certificados médicos en grupo o individual, lo cual constituye una oferta de servicios adicional a la que se realiza en los establecimientos de salud.

**Certificaciones Médicas vinculadas a una prestación económica en EsSalud:** Las certificaciones médicas en EsSalud vinculadas a una prestación económica son: el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo – CITT, Descanso por Maternidad y el Informe Médico de Evaluación y Calificación de la Incapacidad – IMECI.

**Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT):** Documento oficial por el cual se hace constar el tipo de contingencia y la duración del período de incapacidad temporal para el trabajo. Se otorga al asegurado acreditado con derecho al mismo, determinado por el tipo de seguro y característica de cobertura que genera subsidio por incapacidad temporal o



maternidad. Este documento es expedido obligatoriamente por el profesional de la salud de la Institución y la información del mismo debe estar registrada en la historia clínica del asegurado.

**Certificado Médico (CM):** Documento que expiden los médicos después de una prestación y a solicitud del paciente. Pretende informar de los diagnósticos, tratamiento y periodo de descanso físico necesario. El Certificado Médico no suele hacer constancia de las limitaciones que la enfermedad genera en el cumplimiento de las actividades laborales. Se incluyen los Certificados Médicos otorgados por los Programas de Atención Ambulatoria Descentralizadas (PAAD).

**Comité Médico de Auditoría de Incapacidades (COMAI):** Conjunto de profesionales médicos acreditados, que tienen como actividades auditar los CITT e IMECI emitidos, contemplando aspectos técnicos y administrativos del acto médico.

**Comisión Médica Calificadora de Incapacidades (COMECI):** Conjunto de profesionales médicos acreditados, encargados de determinar la naturaleza de la incapacidad, para que el asegurado pueda recibir subsidios por el periodo que señala la Ley N° 26790.

**Contingencias Comunes:** Eventualidades o riesgos derivados de toda actividad distinta a la propiamente laboral por los que existe la obligación de cotizar a la Seguridad Social y el derecho a percibir la oportuna prestación en caso de producirse. Se reconoce como tales: Enfermedad Común, Accidente Común, Accidente de Tránsito, Accidente de Trabajo sin cobertura SCTR y Maternidad.

**Contingencias Laborales:** Eventualidades o riesgos profesionales derivados de la actividad laboral por las que existe la obligación de cotizar a la Seguridad Social y el derecho a percibir la oportuna prestación en caso de producirse. Se reconoce como tales: Accidente de Trabajo y Enfermedades Profesionales, con derecho a cobertura por el SCTR.

**Condición de trabajo:** Característica de un puesto de trabajo con influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y salud del trabajador.

**Cuenta Individual de Días de Incapacidad (CIDI):** Es el reporte del acumulado de días de incapacidad otorgados al asegurado.

**Daño Corporal:** Es la pérdida de la capacidad fisiológica o funcional del trabajador que queda como producto de un siniestro común o laboral y es estimable de valoración.



**Descanso Médico:** Período de descanso físico o mental prescrito por el médico tratante, necesario para que el paciente logre una recuperación física y mental que le permita su recuperación total, no significa incapacidad para el trabajo.

**Descanso por Maternidad:** Derecho de la trabajadora gestante a gozar de noventa días de descanso, pudiendo éstos, distribuirse en los periodos inmediatamente anteriores o posteriores a la fecha probable de parto, conforme lo elija la madre y de acuerdo a ley.

**Emergencia:** Toda alteración o compromiso del estado de salud de una persona, que se presente súbitamente y ponga en peligro la vida o el funcionamiento de órganos o sistemas vitales.

**Enfermedad Profesional:** Todo estado patológico permanente o temporal que sobreviene al trabajador como consecuencia directa de la clase de trabajo que desempeña o del medio en que trabaja.

**Evaluación Médica:** Es el acto médico realizado por el médico general, y especialista de acuerdo a cada caso en particular, que permite configurar un impedimento y relacionarlo a riesgos de tipo común o laboral con la finalidad de evaluar la capacidad física, funcional y mental, debe estar registrado en la Historia Clínica.

**Evaluación de la Incapacidad Laboral:** Valorar la capacidad laboral relacionada al Trabajo Habitual del asegurado.

**Expediente Médico de Validación:** Documento técnico médico, único por asegurado que contiene el conjunto de evidencias escritas, gráficas, de imágenes o de cualquier otra índole, que el asegurado alcanza a ESSALUD para el otorgamiento del CITT por Validación del Certificado Médico, y las evidencias del acto de validación/certificación realizadas por el Médico de Control de dicha documentación.

**Gestión de Incapacidades:** Es toda diligencia conducente a la administración de una situación de enfermedad o de padecimiento físico o psíquico a fin de otorgar certificaciones médicas de manera eficiente y oportuna que da derecho a una prestación de la seguridad social con cobertura de acuerdo a ley.

**Gestor de la Incapacidad:** Término con el que se designa a los Médicos de Control, a los miembros de las Comisiones Médicas Calificadoras de Incapacidades (COMECI), a los miembros de los Comités Médicos de Auditoría de Incapacidades (COMAI) y a los Responsables de las Oficinas de Gestión de la Incapacidad Temporal (OGIT).



**Historia Clínica:** Documento médico legal, obligatorio y confidencial, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los procedimientos ejecutados por el equipo de salud que intervienen en la atención del paciente. Este documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por ley.

**Incapacidad:** Es el producto de una restricción anatómica, fisiológica o psicológica (impedimento) con ausencia de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que considera normal para el individuo, de causa común o laboral, demostrable por técnicas adecuadas y evidenciables desde el punto de vista clínico, de exámenes o procedimientos de ayuda al diagnóstico u otros estudios. Puede ser valorada por su frecuencia e intensidad. Así mismo, es una contingencia protegida que indica carencia de la capacidad laboral y que se regula por normatividad específica de seguridad social o de sistemas previsionales y que tiene repercusión económica y laboral.

**Incapacidad Temporal (IT):** Es la situación del paciente, que como consecuencia de su enfermedad o accidente, presenta limitaciones funcionales, **presumiblemente reversibles**, que le impiden ejecutar las tareas propias de su profesión y/o que el desempeño de tales tareas repercutiría negativamente en la evolución favorable de su patología; susceptible de ser tratada y recuperada en un periodo igual o menor a 340 días (11 meses con 10 días) consecutivos o no consecutivos. Su certificación es la consecuencia de un acto médico y por tanto es considerada como una prescripción médica. Es decir, consideramos la **IT** como parte del tratamiento que recibe el trabajador de su médico tratante.

**Incapacidad Temporal Prolongada:** Cuando el asegurado presenta 150 días consecutivos o 90 días no consecutivos de incapacidad en un periodo de 365 días

**Incapacidad No Temporal:** Cuando existe evidencia indubitable que la enfermedad o lesión no podrá ser resuelta en un periodo igual o menor a 340 días.

**Impedimento:** Es la alteración física/mental, anormalidad anatómica o pérdida de la capacidad funcional que afecte al asegurado en el desempeño de su trabajo habitual, como resultado de una enfermedad, lesión o secuela.

**Impedimento configurado:** Impedimento que cumple con 5 requisitos: Es objetivo según los conocimientos médicos actualizados; Es demostrable por medios clínicos de laboratorio, pruebas funcionales o imagenología; Las medidas generales y terapias médicas o quirúrgicas accesibles se cumplen o están finalizadas; La evolución según la probabilidad médica se ha estabilizado o en agravación y no existe en el estado actual tratamientos accesibles que

reviertan la condición y; Los períodos de observación clínica indicados están cumplidos. Harán excepción de esto, aquellos impedimentos cuyo curso clínico sea objetivamente irremediable.

**Informe Médico de Calificación de la Incapacidad (IMECI):** Documento por el cual se hace constar la naturaleza de la incapacidad del asegurado con incapacidad temporal prolongada, impedimento configurado o pronóstico incierto pudiendo ser de Naturaleza Temporal o No Temporal, según pueda ser resuelta o no en los plazos que la Ley establece.

**Informe Médico de Postergación del Descanso de Maternidad:** Documento por el cual el médico tratante certifica que de continuar las condiciones clínicas existentes, la postergación del descanso prenatal no afectaría en modo alguno a la trabajadora gestante o al concebido.

**Médico de Control:** Profesional Médico autorizado y acreditado que realiza actividades de evaluación y control relacionados a la expedición de CITT en su Establecimiento de Salud, regularización de CITT, así como la evaluación, validación del Certificado Médico del asegurado, con derecho al pago de subsidios.

**Microprocesos:** Con este término se hace referencia a los procesos relacionados a la emisión de CITT, al traslado del asegurado a la COMECI y su posterior calificación, a las Auditorías realizadas por el COMAI y la Validación de Certificados Médicos por el CITT.

**Naturaleza de la Incapacidad:** Está referida a determinar el tiempo que dura la carencia de capacidad laboral, mide el pronóstico y recuperabilidad de la misma, pudiendo ser Temporal o No Temporal.

**Oficina de la Gestión de la Incapacidad Temporal (OGIT):** Es la Oficina encargada de cumplir con el rol de articular, integrar y mejorar el trabajo de los Gestores de la Incapacidad a través de: la **Gestión del riesgo**, (supervisando, controlando y auditando el manejo de las Certificaciones Médicas vinculadas a las prestaciones económicas), y la **Gestión de la cobertura**, (controlando el otorgamiento de los Días de incapacidad temporal y los subsidios), contribuyendo a disminuir el gasto institucional.

**Plan Anual de Auditoria de Certificaciones Médicas por Incapacidades:** Plan elaborado por el COMAI del Establecimiento de Salud – EE.SS, que incluye: origen, naturaleza, objetivos, alcance, metodología, instrumentos, plan de trabajo y cronograma; debiendo contener los siguientes tipos de auditoria: Auditoria de Validación de la Certificación Medica de la Incapacidad y Auditoria de los Procesos relacionados a la Certificación Medica de la Incapacidad, debiendo ser aprobado por la Dirección del Establecimiento de Salud para su cumplimiento.



**Severidad de la enfermedad o daño:** Grado en el que la enfermedad o daño ocasiona limitación de la función (física y/o mental) en el asegurado en correlación con el tipo de trabajo que desempeña.

**Sistema de Gestión de la Incapacidad Temporal:** Sistema que permite integrar y articular los procesos, procedimientos y actividades de la Gestión de la Incapacidad Temporal, buscando el sinergismo entre los Gestores, privilegiando la Gestión Clínica, Administrativa y de Seguridad Social orientada a resultados, posibilitando la realización de actividades productivas de servicios; para el perfeccionamiento de estas actividades y el mejoramiento de la competitividad.

**Trabajo Habitual:** Es la labor remunerada a la cual comúnmente se dedica el asegurado, cuyo desarrollo puede verse afectado como consecuencia de alguna contingencia (enfermedad, accidente o maternidad).

**Tratamiento y/o Procedimientos:** Son todas las medidas, medios, productos y actividades dirigidas al estudio o resolución del daño que pueden influir en la aptitud o capacidad del trabajador para cumplir con su labor.

**Validación de Certificado Médico:** Acto realizado por el Médico de Control que consiste en validar el Certificado Médico expedido en el país o en el extranjero, a fin de otorgar el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo – CITT, previa evaluación de las evidencias médicas y documentarias que sustenten dicho certificado y considerando los Criterios Técnicos contenidos en la Guía de Calificación de la Incapacidad. (Anteriormente llamado canje)

**Validación de CITT:** Actividad realizada por el Médico de Control que consiste en verificar el registro del CITT en la historia clínica y los sistemas informáticos del Establecimiento de Salud, contrastándolos con el correcto uso de las normativas institucionales vigentes.

## VIII. ANEXOS

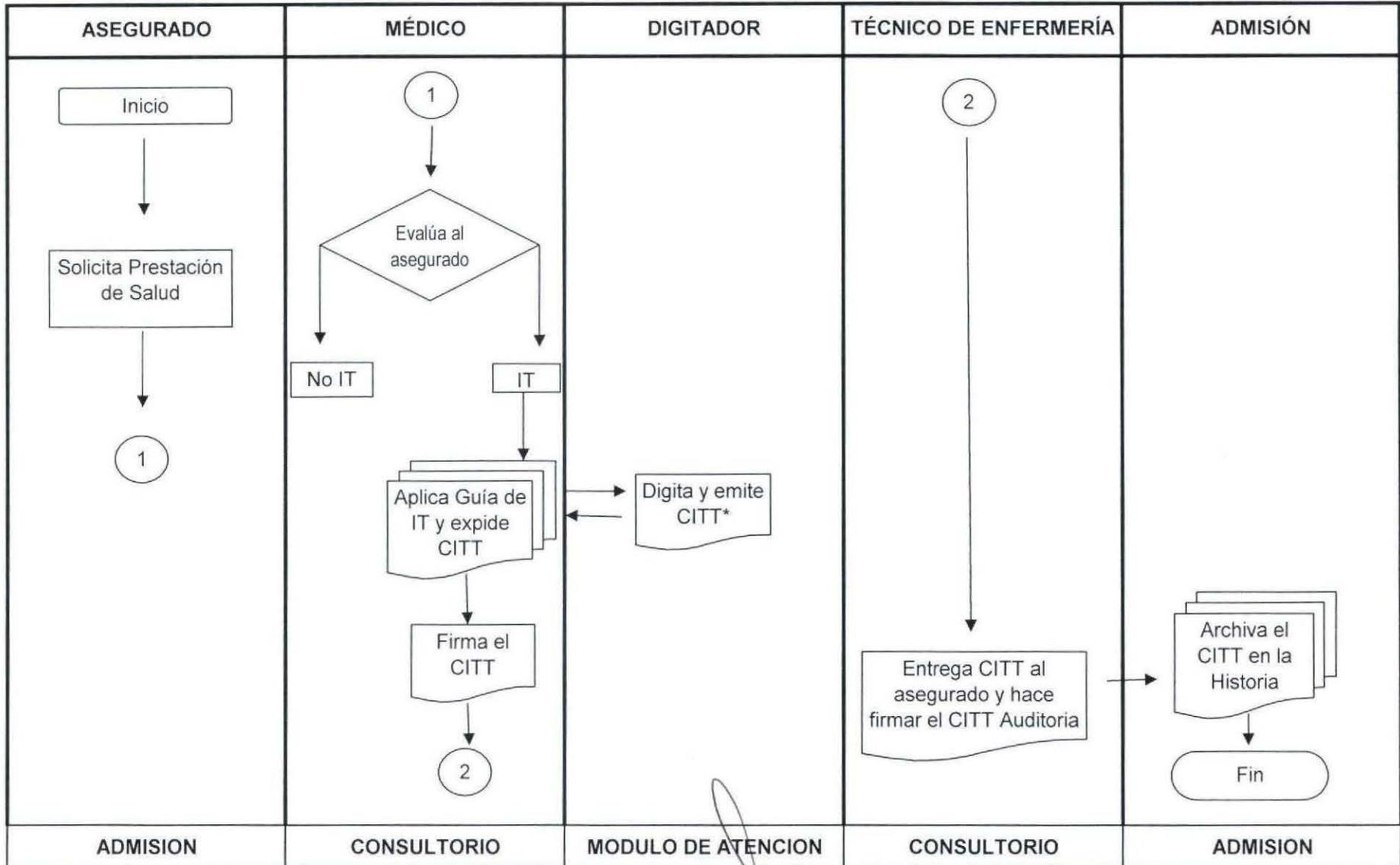
- ANEXO N° 1: Flujograma para la evaluación, calificación de los DIT y emisión del Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo - CITT.
- ANEXO N° 2: Modelo de Resolución de Designación del Médico de Control.
- ANEXO N° 3: Actividades del Médico de Control.
- ANEXO N° 4: Informe de Evaluación Médica – Ley 26790.
- ANEXO N° 5: Flujograma para la evaluación, calificación y certificación de la naturaleza de la incapacidad.

- ANEXO N° 6: Modelo de Resolución de Designación de la Comisión Médica Calificadora de Incapacidades (COMECI).
- ANEXO N° 7: Actividades de la COMECI – Ley 26790.
- ANEXO N° 8: Formato para la calificación de la naturaleza de la incapacidad.
- ANEXO N° 9: Informe Médico de Calificación de la Incapacidad (IMECI) – Ley 26790.
- ANEXO N° 10: Formulario para el Trámite de validación de Certificado Médico por contingencia común.
- ANEXO N° 11: Formulario para el Trámite de validación de Certificado Médico por contingencia laboral.
- ANEXO N° 12: Formulario para el Trámite de validación de Certificado Médico por Maternidad.
- ANEXO N° 13: Modelo de Resolución de Designación del Comité Medico de Auditoría de Incapacidades - COMAI.
- ANEXO N° 14: Actividades del Comité de Auditoría de Incapacidades - COMAI.
- ANEXO N° 15: Plan Anual de Auditoría de Certificaciones Médicas por Incapacidades.
- ANEXO N° 16: Indicadores de Prestaciones Económicas.
- ANEXO N° 17: Estándares para los Gestores de la Incapacidad.
- ANEXO N° 18: Informe Medico de Postergación del Descanso por Maternidad.
- ANEXO N° 19: Guía de Calificación de la Incapacidad Temporal.



ANEXO N° 1

FLUJOGRAMA PARA LA EVALUACIÓN, CALIFICACIÓN DE LOS DIT Y EMISIÓN DEL CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO - CITT



\* Sólo en caso no se cuente con PC en el consultorio



**MODELO DE RESOLUCIÓN DE DESIGNACIÓN DEL MÉDICO DE CONTROL**

**RESOLUCION DIRECTORAL N° - - -ESSALUD-2014**

Lima,

**CONSIDERANDO:**

Que, de acuerdo con la Ley N° 27056, es una de sus finalidades del Seguro Social de Salud ESSALUD, dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones económicas que corresponden al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud;

Que, de acuerdo con la Ley N° 26790 ESSALUD tiene como responsabilidad el otorgamiento de las prestaciones económicas siendo el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo CITT el documento sustentatorio para el pago de los subsidios por incapacidad temporal y maternidad;

Que, mediante Resolución de Gerencia General N° XXX-GG-ESSALUD-XXXX se aprobó la Directiva N° XXX-GG-EsSalud-XXXX sobre "Normas para la Emisión, Registro y Control de las Certificaciones Médicas por Incapacidad y Maternidad en EsSalud";

Que, el Médico de Control es el Profesional Médico de EsSalud, acreditado y autorizado que realiza funciones de evaluación y control en cuanto a la expedición de CITT en su Centro Asistencial, así como la evaluación, visación y canje del Certificado Médico Particular del asegurado, con derecho al pago de subsidios;

Que, se hace necesario designar a los Profesionales Médicos los cuales realizarán las actividades de Médicos de Control del \_\_\_\_\_ de la Red Asistencial para el periodo 2014-2016;

Estando a lo expuesto y a la Directiva N° XXX-GG-EESSALUD-XXXX "Normas para la Emisión, Registro y Control de las Certificaciones Médicas por Incapacidad y Maternidad en EsSalud";

**SE RESUELVE:**

1. **DESIGNAR** a Profesionales de la Salud que a continuación se detallan como Médicos de Control del \_\_\_\_\_ de la Red Asistencial \_\_\_\_\_ :

- Dr. \_\_\_\_\_ - Titular
- Dr. \_\_\_\_\_ - Suplente

2. Los Médicos **Designados** realizarán las funciones acorde con lo establecido por la normatividad vigente.

3. **TRANSCRIBIR** la presente resolución a los Profesionales de la Salud designados para los fines administrativos correspondientes.



4. **TRANSCRIBIR** la presente resolución a la Gerencia de Red Asistencial y a la Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales para conocimiento y fines pertinentes.

**REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.**



**ANEXO N° 03**  
**ACTIVIDADES DEL MÉDICO DE CONTROL**

1. Evaluar y verificar los CITT otorgados en el Establecimiento de Salud.
2. Capacitar a los profesionales de la salud autorizados de su Establecimiento de Salud en el uso y manejo de certificaciones médicas por incapacidad temporal y maternidad, así como en la Gestión de la Incapacidad, utilizando para ello las horas sanitarias y preparando un cronograma de capacitación a los diversos servicios del establecimiento de salud, registrando todo en un Libro de Actas.
3. Controlar y supervisar:
  - a. Los Sistemas de Registro de CITT (Historia Clínica, Sistema de Gestión de Servicios de Salud -SGSS, Sistema de Gestión Hospitalaria - SGH, Aplicativo CITT4, Sistema Integrado de Gestión de Incapacidades - SIGI y otros según corresponda).
  - b. Los criterios técnicos de emisión de CITT, según servicios.
  - c. El uso de la Guía de Calificación de la Incapacidad Temporal para el Trabajo, para el otorgamiento de los días de incapacidad temporal.
4. Efectuar la evaluación del expediente y realizar la validación del Certificado Médico, de asegurados, verificando las evidencias médicas y documentarias que los sustentan, emitiendo cuando corresponda el CITT respectivo.
5. Registrar diariamente en el Parte diario de Producción (Anexo N° 4), las actividades realizadas en forma manual o electrónica.
6. Presentar un Informe mensual de Gestión de la Incapacidad a la Dirección del Establecimiento de Salud (Anexo 6), precisando los problemas en cuanto al otorgamiento prolongado de CITT.
7. Evaluar los consolidados de los CITT expedidos en su Establecimiento de Salud, tanto válidos como anulados, validaciones de certificados médicos, regularizaciones, de acuerdo a los indicadores de prestaciones económicas propuestos (Anexo 32). Debiendo concluir si las causas están relacionadas a la Gestión de procesos, Gestión clínica o Gestión administrativa, precisando si se relaciona a la falta de capacidad resolutive, referencias, embalses u otros, con la finalidad de contribuir a la Mejora Continua de la Gestión.
8. El Médico de Control que realiza validación de certificados médicos, será el encargado de registrar en el Anexo N° 7 la información requerida a fin de trasladar al asegurado que reúna los criterios técnicos que definen la Incapacidad Temporal Prolongada a la COMECI.
9. Solicitar y coordinar el traslado oportuno de los pacientes con Incapacidad Temporal Prolongada a las Comisiones Médicas Calificadoras de Incapacidad (COMECI), verificando que los Médicos Tratantes cumplan con el llenado del Informe de Evaluación Médica Ley 26790 (Anexo N° 7), en caso de ser un paciente referido coordinar con el Médico de Control del Establecimiento de Salud de destino para el traslado oportuno a la COMECI.
10. Promover las Auditorías de Certificaciones Médicas por incapacidad temporal y maternidad.
11. Participar como miembro activo de la COMECI (solo para el Médico de Control del Establecimiento de Salud Base de la Red).



12. Proceder, previa autorización registrada en la historia clínica por el Médico Tratante o en ausencia del Médico Tratante por el Jefe del Servicio, y de acuerdo a la **“Guía de Calificación de la Incapacidad Temporal para el Trabajo”**, a regularizar los CITT no expedidos oportunamente.
13. Proceder a regularizar los CITT con retroactividad mayor a 48 horas, siempre que exista en la historia clínica las evidencias médicas que así lo confirmen.
14. Proceder a regularizar los CITT que por errores en el registro de los datos, sea necesario realizar, registrando en la Historia Clínica los motivos de la regularización.
15. En caso de referencias y de existir incapacidad temporal para el trabajo, el Médico de Control, regularizará los CITT de acuerdo a lo normado en la presente Directiva.



**ANEXO N° 4**

**INFORME DE EVALUACIÓN MÉDICA - LEY 26790**

**I. DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO**

FECHA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Autogenerado	Documento de Identidad	Género	Edad
<input type="text"/>	DNI <input type="checkbox"/> C.Extranjería <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

**II. DATOS GENERALES DE LA EVALUACIÓN**

Historia Clínica	Establecimiento de Salud	Red Asistencial
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tiempo de Incapacidad	Trabajo Habitual
Días Consecutivos <input type="text"/> Días No Consecutivos <input type="text"/>	<input type="text"/>

**Resumen de la Historia Clínica**

.....

.....

.....

.....

**Exámenes de Ayuda al Diagnóstico**

.....

.....

.....

**Tratamiento**

.....

.....

.....

**III. DIAGNÓSTICOS**

<input type="text"/>	CIE 10
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**IV. SECUELAS Y COMPLICACIONES**

<input type="text"/>	CIE 10
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**V. PRONÓSTICO**

Recuperable en 340 días consecutivos  SI  NO

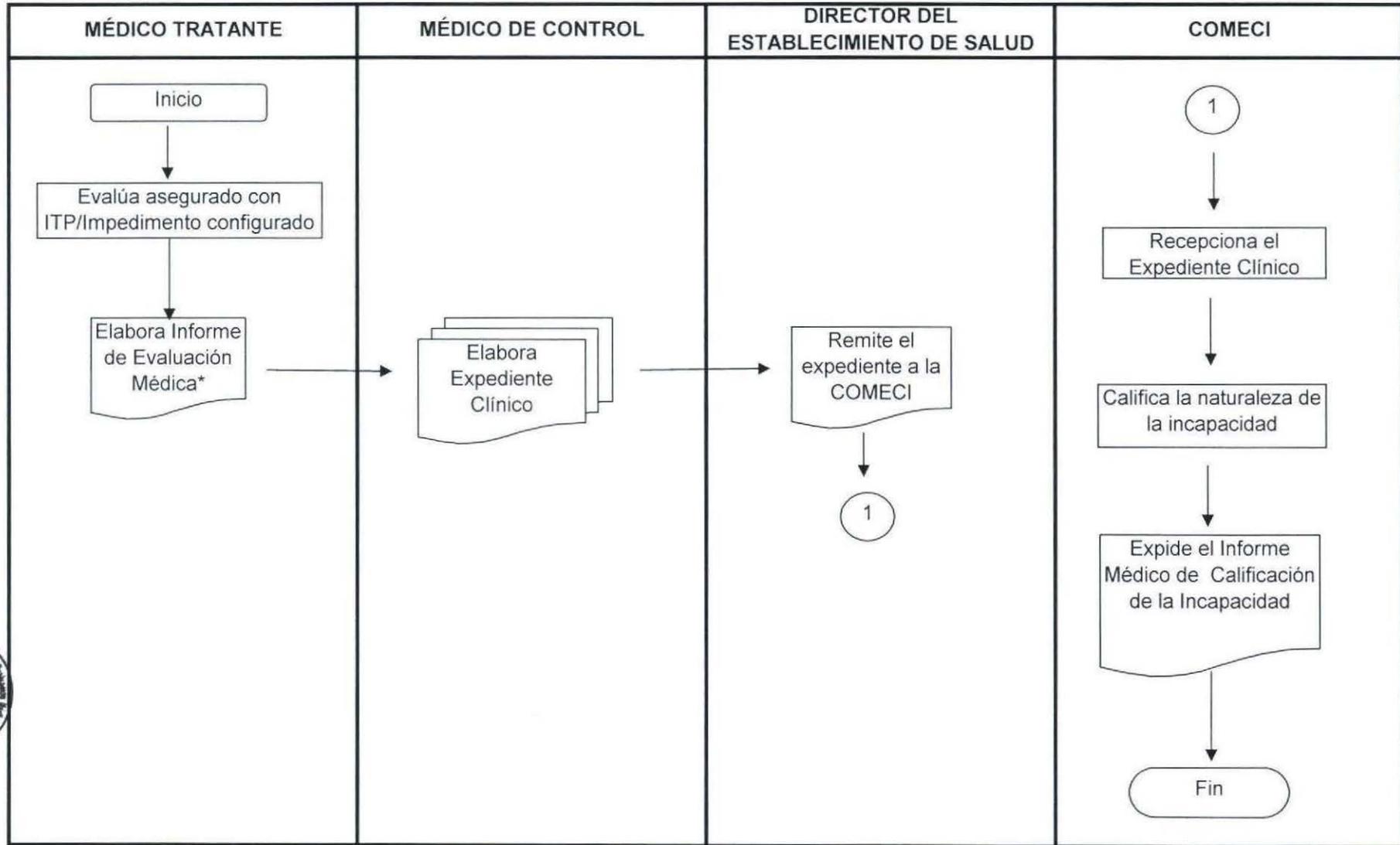
**VI. FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO**



\_\_\_\_\_  
Firma y Sello

## ANEXO N° 5

### FLUJOGRAMA PARA LA EVALUACIÓN, CALIFICACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE LA NATURALEZA DE LA INCAPACIDAD



\*En caso de validación de certificados medicos será elaborado por el Médico de Control



**ANEXO N° 06**

**MODELO DE RESOLUCIÓN DE DESIGNACIÓN DE LA COMISIÓN MÉDICA  
CALIFICADORA DE INCAPACIDADES**

**RESOLUCION N° -GR.....-ESSALUD-2014**

Lima,

**CONSIDERANDO:**

Que, de acuerdo con la Ley N° 27056, es una de sus finalidades del Seguro Social de Salud **ESSALUD**, dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones económicas que corresponden al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud;

Que, la Ley N° 26790 establece las reglas y requisitos para el otorgamiento del Subsidio por Incapacidad Temporal a los asegurados regulares en actividad;

Que, las Directivas N° 008-GG-ESSALUD-2012 "Normas Complementarias al Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas" y la N° XXX-GG-ESSALUD-XXXX "Normas para la Expedición, Registro, Distribución y Control de Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo CITT" establecen, el funcionamiento y competencias de las Comisiones Médicas Evaluadoras de Incapacidades en lo que a las Incapacidades Temporales Prolongadas corresponde;

Que, dentro del marco de la normatividad descrita, la Comisión Evaluadora de Incapacidades tiene la responsabilidad de registrar en Formulario 8004 Informe Médico de Calificación de la Incapacidad (IMECI) Ley 26790, que determinará si la naturaleza de la incapacidad del asegurado regular es temporal o no temporal, remitiéndolo a la Unidad Operativa solicitante, con copia al Centro Asistencial de adscripción del asegurado para ser incluida en la Historia Clínica;

Que, fin de realizar las funciones y competencias previstas, se hace necesario constituir la Comisión Calificadora de Incapacidades de la Red Asistencial.....

Estando a lo expuesto y a las facultades conferidas.

**SE RESUELVE:**

1. **CONSTITUIR** la Comisión Médica Calificadora de Incapacidades de la Ley N° 26790 de la Red Asistencial .....para el Periodo Presupuestal 2014 - 2016, la misma que estará integrada por los siguientes servidores:

- Dr..... Presidente
- Dr..... Miembro
- Dr..... Miembro
- Dr..... Miembro



2. **DISPONER** que los Miembros de la Comisión Médica Calificadora de Incapacidades de la Ley N° 26790 de la Red Asistencial.....ejercerán sus actividades de acuerdo con las Directivas N° 008-GG-ESSALUD-2012 y N° XXX-GG-ESSALUD-XXXX y normas legales e institucionales vigentes, siendo responsables de las decisiones que adopten en el ejercicio de sus funciones.
3. **TRANSCRIBIR** la presente resolución a los interesados y a la Oficina de Recursos Humanos para los fines administrativos correspondientes.
4. **TRANSCRIBIR** la presente resolución a la Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales y a la Sub Gerencia de Auditoria de Certificaciones y Evaluación Médica.

**REGISTRESE Y COMUNIQUESE.**



## ANEXO N° 07

### ACTIVIDADES DE LA COMISIÓN MÉDICA CALIFICADORA DE INCAPACIDADES - LEY 26790

Las actividades de los integrantes de la COMECI dependerán del cargo que ocupen, como se detalla a continuación:

- **Presidente:** Responsable de convocar a sesión para la expedición oportuna del IMECI y de que se realice el registro en el Sistema Integrado de Gestión de Incapacidades – SIGI, asimismo deberá representar a la COMECI ante las instancias Intra y Extrainstitucionales, así como resolver la documentación que le sea derivada.
- **Secretario:** Responsable de la custodia y registro del Libro de Actas, así como de disponer el archivo adecuado de los expedientes de los asegurados evaluados por la COMECI.
- **Vocal:** Responsable de registrar el IMECI en WEB.

Además, la Comisión Médica Calificadora de Incapacidades (**COMECI**) se encargara de:

- Evaluar y calificar los expedientes clínicos de los asegurados, certificando la naturaleza de las Incapacidades Temporales Prolongadas y de los impedimentos configurados, productos de contingencias comunes (Ley N° 26790).
- Coordinar permanentemente con los Médicos de Control para el traslado oportuno de los asegurados con Incapacidades Temporales prolongadas o impedimentos configurados.
- Emitir y remitir el Informe Médico de Calificación de Incapacidad – **IMECI**, a la Oficina de Gestión de la Incapacidad Temporal (OGIT).
- Registrar las sesiones realizadas en el Libro de Actas de reuniones.
- Custodiar el acervo documentario de los expedientes clínicos calificados.
- Elaborar los perfiles de los eventos causantes de Incapacidad Temporal Prolongada o impedimentos configurados.



**ANEXO N° 08**

**FORMATO PARA LA CALIFICACIÓN DE LA NATURALEZA DE LA INCAPACIDAD**

**I. DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO**

FECHA

Apellido Paterno  Apellido Materno  Nombres

Autogenerado  Documento de Identidad  Género  Edad   
 DNI  C.Extranjería    M  F

Trabajo Habitual  Empleador

**II. DATOS GENERALES PARA LA CALIFICACIÓN**

Historia Clínica  Establecimiento de Salud  Red Asistencial

**Motivo para la calificación**

Dias Consecutivos  Dias No Consecutivos  Impedimento Configurado

Exámenes de Ayuda al Diagnóstico  SI  NO  N° Folios del expediente

**III. DIAGNÓSTICOS**

CIE 10

**IV. SECUELAS Y COMPLICACIONES**

CIE 10

**V. NATURALEZA DE LA INCAPACIDAD**

Temporal  No Temporal  Sin Incapacidad

**VI. OBSERVACIONES**

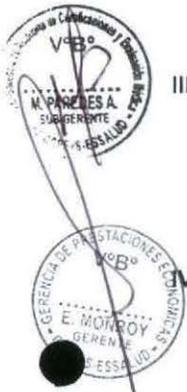
.....  
 .....  
 .....  
 .....

**VI. FIRMA Y SELLO**

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello



**ANEXO N° 09**

FORMULARIO 8004

INFORME MÉDICO DE CALIFICACIÓN DE LA INCAPACIDAD  
Ley N° 26790

AUDITORIA

Fecha / /

Comisión

Fecha de Informe  
/ /

Informe

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

Documento Nacional de Identidad

Código Autogenerado

Sexo

RUC

Empleador

Trabajo Habitual



La Comisión Médica Calificadora de Incapacidades, de acuerdo a las facultades conferidas con y visto(s) el(los) Informe(s) Médico(s) adjunto a folio(s) por Resolución N° \_\_\_\_\_, por unanimidad, resuelve calificar la:

DIAGNÓSTICO CIE - 10:

1°  
2°

3°  
4°

Naturaleza de la Incapacidad:

VALIDO SOLO PARA EL PAGO DEL SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO  
INFORME MÉDICO NO VÁLIDO PARA FINES PENSIONARIOS, LABORALES NI LEGALES

\_\_\_\_\_

ANEXO N° 09

FORMULARIO 8004

INFORME MÉDICO DE CALIFICACIÓN DE LA INCAPACIDAD  
Ley N° 26790

USUARIO

Fecha / /

Comisión

Fecha de Informe  
/ /

Informe

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

Documento Nacional de Identidad

Código Autogenerado

Sexo

RUC

Empleador

Trabajo Habitual

La Comisión Médica Calificadora de Incapacidades, de acuerdo a las facultades conferidas con y visto(s) el(los) Informe(s) Médico(s) adjunto a folio(s) por unanimidad, resuelve calificar la:

Naturaleza de la Incapacidad:

VALIDO SOLO PARA EL PAGO DEL SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO  
INFORME MÉDICO NO VÁLIDO PARA FINES PENSIONARIOS, LABORALES NI LEGALES

\_\_\_\_\_

**FORMULARIO PARA EL TRÁMITE DE VALIDACIÓN DE CERTIFICADO MÉDICO POR CONTINGENCIA COMÚN**

**I. DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO**

FECHA

NIT

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

Documento de Identidad

Género

Edad

DNI

C.Extranjería

N°

M

F

Trabajo Habitual (especificar ocupación)

Empleador







**II. CONTINGENCIA**

Enfermedad Común

Accidente Común

Accidente Común

Accidente de Tránsito

Accidente de Trabajo sin SCTR

**III. PERÍODO A VALIDAR**

Del

Al

Total de días

**IV. DOCUMENTOS A PRESENTAR**

- 1 Certificado Médico expedido por el profesional de la salud con firma de acuerdo a RENIEC o del Certificado Médico visado o apostillado por el Consulado, si este ha sido otorgado en el extranjero.
- 2 **En caso que el asegurado no este afiliado a una EPS o seguros medicos particulares:**  
Copia de Recibo por Honorarios Profesionales o copia de factura o copia de boleta de venta de la atención medica recibida
- 3 **En caso que la atención haya sido a través de una EPS o seguros medicos particulares:**  
Adjuntar copia de cualquier documento que sustente la atención recibida (Ejm: Orden de Atención en Farmacia o Reporte de Consumos por Afiliado o Pre - Liquidación Ambulatoria o Liquidación de Gastos o Carta de Garantía o Copia de la Historia Clínica)
- 4 **En caso de la Primera validación del año:**  
Adjuntar copia de los certificados medicos de los 20 primeros días
- 5 Copia de las indicaciones medicas recibidas en la fecha de la atención
- 6 Copia de los resultados de exámenes de ayuda al diagnóstico, si fuera el caso
- 7 Copia de los resultados de diagnóstico por imágenes, si fuera el caso
- 8 Copia del Informe Médico (que incluya resumen de la historia clínica, resultados de exámenes de ayuda al diagnóstico, tratamiento, diagnósticos y pronóstico) cuando la incapacidad supere los 20 días o cuando las evidencias presentadas no sustenten el impedimento
- 9 Copia del Reporte Operatorio en el caso de intervenciones quirúrgicas
- 10 Copia de la Epicrisis en el caso de Hospitalizaciones

**V. DATOS DE QUIEN REALIZA EL TRÁMITE**

Apellidos y Nombres

Documento de Identidad

DNI

C.Extranjería



Dirección

Teléfonos

Correo electrónico




Total de folios

FIRMA

**ANEXO N° 11** Se dejó sin efecto según Resolución N° 562-GG-16 (Ver resolución)

**FORMULARIO PARA EL TRÁMITE DE VALIDACIÓN DE CERTIFICADO MÉDICO POR CONTINGENCIA LABORAL**

**I. DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO**

		FECHA				NIT			
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres							
Documento de Identidad						Género		Edad	
DNI		C.Extranjería		N°					
Trabajo Habitual (especificar ocupación)					Empleador				

**II. CONTINGENCIA**

Accidente de Trabajo con SCTR	<input type="checkbox"/>		Enfermedad Profesional	<input type="checkbox"/>
-------------------------------	--------------------------	--	------------------------	--------------------------

**III. PERÍODO A VALIDAR**

Del					Al					Total de días	
-----	--	--	--	--	----	--	--	--	--	---------------	--

**IV. DOCUMENTOS A PRESENTAR**

- 1 Certificado Médico expedido por el profesional de la salud con firma de acuerdo a RENIEC o del Certificado Médico visado o apostillado por el Consulado, si este ha sido otorgado en el extranjero.
- 2 Copia de la póliza de afiliación al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo-SCTR o copia de la boleta de pago del asegurado donde se visualiza el aporte del empleador del mes de la contingencia
- 3 Copia de Aviso de Accidente de Trabajo debidamente registrado (Datos del Trabajador Accidentado, Datos de la Entidad Empleadora, Datos del Accidente y Certificación Médica de la primo atención)
- 4 Copia del Formato "Solicitud de Atención Médica" de la fecha de la atención, a partir de la segunda validación
- 5 Copia de las indicaciones medicas recibidas en la fecha de la atención
- 6 Copia de los resultados de exámenes de ayuda al diagnóstico, si fuera el caso
- 7 Copia de los resultados de diagnóstico por imágenes, si fuera el caso
- 8 Copia del Informe Médico (que incluya resumen de la historia clínica, resultados de exámenes de ayuda al diagnóstico, tratamiento, diagnósticos y pronóstico) cuando la incapacidad supere los 20 días o cuando las evidencias presentadas no sustenten el impedimento
- 9 Copia del Reporte Operatorio en el caso de intervenciones quirúrgicas
- 10 Copia de la Epicrisis en el caso de Hospitalizaciones

**V. DATOS DE QUIEN REALIZA EL TRÁMITE**

Apellidos y Nombres		Documento de Identidad	
		DNI	
		C.Extranjería	
Dirección		Teléfonos	
		Correo electrónico	
Total de folios			



\_\_\_\_\_  
FIRMA

ANEXO N° 12

FORMULARIO PARA EL TRÁMITE DE VALIDACIÓN DE CERTIFICADO MÉDICO POR MATERNIDAD

**I. DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO**

FECHA  NIT

Apellido Paterno  Apellido Materno  Nombres

Documento de Identidad DNI  C.Extranjería  N°  Género  M  F  Edad

Trabajo Habitual (especificar ocupación)

Empleador

**II. CONTINGENCIA MATERNIDAD**

Embarazo Único  Embarazo Múltiple  Embarazo Prolongado  Recién Nacido con Discapacidad

**III. PERÍODO A VALIDAR**

Del  Al  Total de días

**IV. DOCUMENTOS A PRESENTAR**

**En caso de Embarazo unico o multiple:**

- Certificado Médico expedido por el profesional de la salud con firma de acuerdo a RENIEC o el original del Certificado Médico visado o apostillado por el Consulado, si éste ha sido otorgado en el extranjero; en ambos casos deberá incluir la Fecha de la Última Regla - FUR, la Fecha Probable de Parto - FPP, la fecha de inicio y fin del descanso y la fecha del otorgamiento.
- Copia del Informe Ecográfico del último Trimestre del embarazo (28 a 42 semanas)

**En caso de diferimiento del inicio del Descanso por Maternidad**

- Certificado Médico expedido por el profesional de la salud con firma de acuerdo a RENIEC o el original del Certificado Médico visado o apostillado por el Consulado, si éste ha sido otorgado en el extranjero; en ambos casos deberá incluir la Fecha de la Última Regla - FUR, la Fecha Probable de Parto - FPP, la fecha de inicio y fin del descanso y la fecha del otorgamiento.
- Copia del Informe Ecográfico del último Trimestre del embarazo (28 a 42 semanas)
- Copia del Informe de Postergación del Descanso por Maternidad

**En caso el parto se haya producido antes de las 30 sem de gestación y el recién nacido haya sobrevivido más de 72 hrs**

- Certificado Médico expedido por el profesional de la salud con firma de acuerdo a RENIEC o el original del Certificado Médico visado o apostillado por el Consulado, si éste ha sido otorgado en el extranjero; en ambos casos deberá incluir la Fecha de la Última Regla - FUR, la Fecha Probable de Parto - FPP, la fecha de inicio y fin del descanso y la fecha del otorgamiento.
- Copia del informe del médico tratante del neonato que permita verificar la sobrevivencia mayor a 72 horas o copia del Certificado de Defunción en caso de fallecimiento del neonato posterior a las 72 horas.
- Copia del último informe ecográfico.

**En caso de Embarazo Prolongado (el parto se haya producido después de la Fecha Probable de Parto - FPP)**

- Certificado Médico expedido por el profesional de la salud con firma de acuerdo a RENIEC y por el diagnóstico Embarazo Prolongado (CIE 10 O 42.X) por los días comprendidos entre la FPP y la Fecha del Parto
- Copia de Recibo por Honorarios Profesionales o copia de factura o copia de boleta de venta de la atención recibida
- En caso que la atención haya sido a través de una EPS o seguros particulares, se presentará copia de cualquier documento que sustente la atención recibida (Ejm: Orden de Atención en Farmacia o Reporte de Consumos por Afiliado o Pre - Liquidación Ambulatoria o Liquidación de Gastos o Carta de Garantía o Copia de la Historia Clínica)

**En caso el Recién Nacido presente Discapacidad**

- Certificado Médico expedido por el profesional autorizado con firma de acuerdo a RENIEC que certifica la discapacidad del recién nacido

**En caso se solicite la validación en fecha posterior a la fecha del parto**

- Certificado Médico expedido por el profesional de la salud con firma de acuerdo a RENIEC o el original del Certificado Médico visado o apostillado por el Consulado, si éste ha sido otorgado en el extranjero; en ambos casos deberá incluir la Fecha de la Última Regla - FUR, la Fecha Probable de Parto - FPP, la fecha de inicio y fin del descanso y la fecha del otorgamiento.
- Copia del Informe Ecográfico del último Trimestre del embarazo (28 a 42 semanas)
- Copia del Certificado de Nacimiento o de la Partida de Nacimiento o del DNI del Recien Nacido

**V. DATOS DE QUIEN REALIZA EL TRÁMITE**

Apellidos y Nombres  Documento de Identidad DNI  C.Extranjería

Dirección  Teléfonos  Correo electrónico

Total de folios



\_\_\_\_\_  
FIRMA

**ANEXO N° 13**  
**MODELO DE RESOLUCION DE DESIGNACIÓN DEL COMITÉ MÉDICO DE**  
**AUDITORIA DE INCAPACIDADES**

**RESOLUCION DIRECTORAL N°**

**-XXXX-XXX-ESSALUD-2014**

Lima,

**CONSIDERANDO:**

Que, de acuerdo con la Ley N° 27056, es una de sus finalidades del Seguro Social de Salud ESSALUD, dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones económicas que corresponden al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud;

Que, de acuerdo con la Ley N° 26790 ESSALUD tiene como responsabilidad el otorgamiento de las prestaciones económicas siendo el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo CITT el documento sustentatorio para el pago de los subsidios por incapacidad temporal y maternidad;

Que, mediante Resolución de Gerencia General N° XXX-GG-ESSALUD-XXXX se aprobó la Directiva N° XXX-GG-EsSalud-XXXX sobre "Normas para la Emisión, Registro y Control de las Certificaciones Médicas por Incapacidad y Maternidad en EsSalud";

Que, el Comité Médico de Auditoria de Incapacidades es el conjunto de profesionales médicos que tiene como función auditar los CITT e IMECI expedidos contemplando aspectos técnicos y administrativos del acto médico, con especial énfasis en los registros de diagnósticos y protocolos utilizados;

Que, se hace necesario designar a los Profesionales Médicos los cuales realizaran las actividades de auditoria de incapacidades en el Hospital XXXXX de la Red Asistencial XXXXXX para el período 2013-2015;

Estando a lo expuesto y a la Directiva N° XXX-GG-EESSALUD-XXXX "Normas para la Emisión, Registro y Control de las Certificaciones Médicas por Incapacidad y Maternidad en EsSalud";

**SE RESUELVE:**

1. **DESIGNAR** a Profesionales de la Salud que a continuación se detallan como miembros del Comité Médico de Auditoria de Incapacidades del Hospital XXXXX de la Red Asistencial XXXXXX:

- Dr. XXXXXXXXXXX
- Dr. XXXXXXXXXXX
- Dr. XXXXXXXXXXX



2. Los Médicos **Designados** realizarán las actividades acorde con lo establecido por la normatividad vigente.
3. **TRANSCRIBIR** la presente resolución a los Profesionales de la Salud designados para los fines administrativos correspondientes.
4. **TRANSCRIBIR** la presente resolución a la Gerencia de Red Asistencial XXXX y a la Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales para conocimiento y fines pertinentes.

**REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.**



## ANEXO N° 14

### ACTIVIDADES DEL COMITÉ MEDICO DE AUDITORIA DE INCAPACIDADES - COMAI

Las actividades básicas a realizar son:

- Elaborar y Ejecutar el Plan Anual de Auditoria de Certificaciones Médicas por incapacidad temporal y maternidad.
- Realizar mensualmente la Auditoria de Validación de la Certificación de la Incapacidad, para lo cual se auditará una muestra representativa de las Certificaciones Médicas (CITT - IMECI) otorgadas por los profesionales de su Establecimiento de Salud, para proponer las mejoras y acciones correctivas que permitan su manejo y/o control.
- Realizar la Auditoria de los procesos relacionados a las certificaciones médicas (CITT - IMECI) de una muestra representativa de las Certificaciones Médicas otorgadas por los profesionales de su Establecimiento de Salud.
- Realizar a solicitud de la autoridad competente (Director del Establecimiento de Salud, Gerente/Director de la Red Asistencial o Gerencia de Prestaciones Económicas), la Auditoria Médica de Incapacidad de las Certificaciones Médicas (CITT – IMECI) otorgadas a un asegurado en particular, a fin de detectar errores técnico/ administrativos o desviaciones a la norma y proponer las mejoras y acciones correctivas que correspondan.
- Emitir oportunamente los Informes de Auditoria por incapacidad temporal y maternidad.
- Seguimiento y monitoreo del cumplimiento de las recomendaciones formuladas en los Informes de Auditoria de las certificaciones médicas que originan prestaciones económicas.



## ANEXO N° 15

### PLAN ANUAL DE AUDITORÍA DE CERTIFICACIONES MÉDICAS POR INCAPACIDADES AÑO HOSPITAL XXXX - RED ASISTENCIAL XXXX

---

#### I. ORIGEN DEL PLAN

El Plan a desarrollarse esta en función a la Resolución N° XX-XXX-ESSALUD-2014 con la que se designa a los profesionales integrantes del Comité de Auditoria de Incapacidades - COMAI, del 20 de Febrero del 2014.

#### II. NATURALEZA Y OBJETIVOS DEL PLAN

El presente Plan tiene la naturaleza de una Auditoria de los procesos, procedimientos y actividades relacionados con la validación de la incapacidad tanto temporal como prolongada, que originaron prestaciones económicas en el Hospital XXXX de la Red Asistencial XXXX, durante el Periodo 2014.

##### Objetivo General

Determinar si los procesos y procedimientos relacionados a las certificaciones médicas fueron realizados por los profesionales del Hospital XXX en concordancia con las normas vigentes.

##### Objetivos específicos

1. Establecer si la expedición, emisión y control de los Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo – CITT fueron realizados de acuerdo a normas institucionales vigentes.
2. Establecer si la expedición, emisión y control del Informe Médico de Incapacidad – IMECI fueron realizados de acuerdo a normas institucionales vigentes.

#### III. ALCANCE DEL PLAN

El presente Plan comprenderá la evaluación y verificación selectiva de la documentación e información relacionadas con la validación de la incapacidad temporal en el Hospital XXXX de la Red Asistencial XXX, efectuadas en el presente año; la citada auditoría se efectuará dentro del marco normativo institucional vigente.

#### IV. METODOLOGIA

Para la ejecución del presente Plan se realizarán tres tipos de auditorias en el siguiente porcentaje: 40% Auditorias de Validación de Certificaciones Médicas, 40% Auditorias Médicas de los procesos relacionados a las Certificaciones Médicas y 20% Auditorias Médicas de Incapacidad de Casos Específicos.

Para la Auditoria Médicas de los Procesos relacionados a las certificaciones médicas se entrevistará a los Gestores de la Incapacidad (Jefe de la Oficina de Gestión de la



Incapacidad Temporal - OGIT, Jefe del Centro de Validación de la Incapacidad Temporal - CEVIT, Médico de Control e integrantes de la Comisión Médica Evaluadora y Calificadora de Incapacidades - COMECI) utilizando los instrumentos elaborados con este fin, se consolidará la información redactando un informe que se entregará a la Dirección del Establecimiento de Salud.

Para la Auditoria de Validación de las Certificaciones Médicas se seleccionará una muestra representativa de las certificaciones médicas emitidas durante el período a auditar utilizando la fórmula para el cálculo de muestras finitas, teniendo en consideración los criterios establecidos en la norma y escogiendo un 10% de cada uno de ellos.

Una vez seleccionada la muestra se solicitará la relación de Historias Clínicas a la Dirección del Establecimiento de Salud luego se procederá a registrar en las Fichas de Auditoria los hallazgos, se analizará la documentación, se redactara el Informe y se presentará a la Dirección del Establecimiento de Salud.

Para la Auditoria de Casos Específicos se seguirá lo establecido en el numeral 6.2.5.4. de la Directiva N° GG-ESSALUD-2014.

## V. INSTRUMENTOS A UTILIZAR

Para el presente Plan de Auditoria se utilizarán los instrumentos para la recolección de datos y elaboración de informes que se adjuntan en los Anexos.

## VI. PLAN DE TRABAJO

A continuación se presentan la relación de actividades a desarrollarse durante la etapa de Trabajo de Campo del presente Plan:

### Auditoria en los Hospitales Base de Red Asistencial

ACTIVIDAD	ESTANDAR	RENDIMIENTO	META PROGRAMADA	HORAS REQUERIDAS
<b>Auditoría</b>				
Auditoria de Incapacidades - CITT	10 minutos	6 x hora		
Auditoria de Incapacidades - IMECI	30 minutos	2 x hora		
<b>Supervisión</b>				
Evaluación al Coordinador de la OGIT / Responsable de la GIT	60 minutos	1 x hora		
Evaluación a los Médicos de Control	60 minutos	1 x hora		
Evaluación a los Médicos de la COMECI	60 minutos	1 x hora		
Evaluación a los Médicos del COMAI	60 minutos	1 x hora		
Evaluación al encargado del registro CITT	60 minutos	1 x hora		
<b>Informe</b>				
Elaboración de Informe de Auditoria	180 minutos			
Socialización de los Informes	120 minutos			



### Auditoria en otros Establecimientos de Salud

ACTIVIDAD	ESTANDAR	RENDIMIENTO	META PROGRAMADA	HORAS REQUERIDAS
<b>Auditoría</b>				
Auditoria de Incapacidades - CITT	10 minutos	6 x hora		
<b>Supervisión</b>				
Evaluación al Gerente/Director de Red o Director EESS	60 minutos	1 x hora		
Evaluación a los Médicos de Control	60 minutos	1 x hora		
Evaluación al encargado del registro CITT	60 minutos	1 x hora		
<b>Informe</b>				
Elaboración de Informe de Auditoria	120 minutos			
Socialización de los Informes	120 minutos			

### VII. CRONOGRAMA

Se plantea el cronograma que será asumido por los integrantes del COMAI con el apoyo de la Dirección del establecimiento de salud. (Anexo N° 1).



## ANEXO N° 1

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL COMAI DEL HOSPITAL XXXXXX

**Objetivo General:** Determinar si los procesos y procedimientos relacionados a las certificaciones médicas fueron realizados por los profesionales del Hospital XXX en concordancia con las normas vigentes.

**Objetivos Específicos:**

1. Establecer si la expedición, emisión y control de los CITT fueron realizados de acuerdo a normas institucionales vigentes.
2. Establecer si la expedición, emisión y control del Informe Médico de Calificación de la Incapacidad – IMECI fueron realizados de acuerdo a normas institucionales vigentes.

OBJETIVO	ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	META	CRONOGRAMA												RESPONSABLE
				ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	
Establecer si la expedición, emisión y control de las certificaciones médicas fueron realizados de acuerdo a normas institucionales vigentes.	Realizar Auditorias de Validación de las certificaciones médicas	Informe mensual	40%	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	DIRECCION DEL EESS / COMAI
	Realizar Auditorias de los procesos relacionadas a las certificaciones médicas	Informe Mensual	40%	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	COMAI/MEDICO DE CONTROL/COMECI
	Realizar Auditorias Médicas de incapacidad de casos específicos	informe	20%	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	DIRECCIÓN / COMAI / MEDICO DE CONTROL



INDICADORES DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

N°	INDICADOR	OBJETIVO	FÓRMULA	DESCRIPCION	FRECUENCIA	FUENTE	JUSTIFICACIÓN	ESTÁNDAR	RESPONSABLE
1	Porcentaje de disminución de los Días de Incapacidad Temporal en EE.SS	Controlar el otorgamiento de DIT en EE.SS utilizando los criterios técnicos	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Días de Incapacidad Temporal otorgados en el mes acumulado en EE.SS} / \text{N}^\circ \text{ Días de Incapacidad Temporal otorgados en ese mes acumulado en EE.SS el año anterior}}{100}$	Comparación de los DIT por IT (Enfermedad Común, Accidente Común, Enfermedad Profesional y Accidente de Trabajo) otorgados en el mes con los DIT otorgados en ese mes el año anterior en los EE.SS	Mensual	Sistemas Informáticos para la carga de CITT (SGH, SGSS, CITT4) / DATACEN - OCTIC/ Estadísticas SGACEM	Permite estimar el incremento o disminución de los DIT otorgados en comparación con el año anterior.	Disminución del 10%	Gerente o Director de la Red / Director del EESS / Responsable de la OGIT
2	Porcentaje de disminución de los Días de Incapacidad Temporal en CEVIT (Validación de Certificados Medicos)	Controlar el otorgamiento de DIT en CEVIT (Validación de Certificados Medicos) utilizando los criterios técnicos	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Días de Incapacidad Temporal otorgados en el mes acumulado en CEVIT (Validación de Certificados Medicos)} / \text{N}^\circ \text{ Días de Incapacidad Temporal otorgados en ese mes acumulado en CEVIT (Validación de Certificados Medicos) el año anterior}}{100}$	Comparación de los DIT por IT (Enfermedad Común, Accidente Común, Enfermedad Profesional y Accidente de Trabajo) otorgados en el mes con los DIT otorgados en ese mes el año anterior en los CEVIT (Validación de Certificados Medicos)	Mensual	Sistemas Informáticos para la carga de CITT (SGH, SGSS, CITT4) / DATACEN - OCTIC/ Estadísticas SGACEM	Permite estimar el incremento o disminución de los DIT otorgados en comparación con el año anterior.	Disminución del 10%	Gerente o Director de la Red / Director del EESS / Responsable de la OGIT
3	Valorización promedio de los Días de Incapacidad Temporal	Estimar el gasto promedio que genera el otorgamiento de los DIT	$\frac{\text{Valorización promedio de los DIT otorgados en el mes acumulado} / \text{Valorización promedio de los DIT otorgados en ese mes acumulado el año anterior}}{100}$	Es el producto de los DIT otorgados en el mes por el costo promedio del subsidio día del período analizado.	Mensual	Sistemas Informáticos para la carga de CITT (SGH, SGSS, CITT4) / DATACEN - OCTIC/ Estadísticas SGACEM	Permite estimar el % de variación del monto a subsidiar en comparación con el año anterior.	Disminución del 10%	Gerente o Director de la Red / Director del EESS / Responsable de la OGIT
4	Cobertura de la calificación de la Incapacidad Temporal Prolongada	Medir la oportunidad en el traslado y la calificación de los asegurados con ITP por la COMECI	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Total de asegurados con IMECI}}{\text{N}^\circ \text{ Total de asegurados con ITP}} \times 100$	Es la relación de IMECI registrados en la WEB por la COMECI entre el total de asegurados con ITP de la Red	Mensual	Sistemas Informáticos para la carga de CITT (SGH, SGSS, CITT4) / DATACEN - OCTIC/ Estadísticas SGACEM	Evidencia el cumplimiento de la norma para la evaluación, calificación y certificación de la Incapacidad Temporal Prolongada	95% Lima 100% Provincias	Gerente o Director de la Red / Director de EESS / Médicos de Control / COMECI / Responsable de OGIT
5	Oportunidad de calificación de la Incapacidad Temporal Prolongada	Estimar el tiempo de demora en emitir los Informes Medicos de Incapacidad (IMECI) una vez identificados los asegurados con incapacidad temporal prolongada.	$\frac{\text{Sumatoria (Fecha de emisión de IMECI - Fecha de asegurados con Incapacidad temporal Prolongada)} / \text{Total de asegurados con incapacidad temporal prolongada}}$	Es el promedio de tiempo transcurrido entre la captación de asegurados con incapacidad temporal prolongada y la emisión del IMECI	Mensual	Sistemas Informáticos para la carga de CITT (SGH, SGSS, CITT4) / DATACEN - OCTIC/ Estadísticas SGACEM	Permite conocer la oportunidad de calificación de los asegurados con incapacidad temporal prolongada.	< 30 días	Gerente o Director de la Red / Director de EESS / Médicos de Control / COMECI / Responsable de OGIT
6	Cobertura de Validación de Certificados Medicos	Medir la atención de los expedientes de Validación de Certificados Medicos recibidos	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Expedientes presentados para Validación atendidos}}{\text{N}^\circ \text{ Total Expedientes presentados para Validación}} \times 100$	Expedientes registrados en el SIAD como atendidos entre todos los expedientes ingresados	Mensual	Sistema de Administración Documentaria - SIAD	Permite conocer la capacidad de respuesta de la validación de certificados medicos	>95%	Gerente o Director de la Red / Director de EESS / Encargado del SIAD / Médicos de Control / Responsable de OGIT - CEVIT
7	Oportunidad de resolución de expediente de Validación de Certificados Medicos	Estimar el tiempo de demora en resolver los expedientes de Validación de Certificados Medicos recibidos	$\frac{\text{Sumatoria (Fecha de resolución del expediente - Fecha de ingreso del expediente)} / \text{Total de expedientes recibidos}}$	Promedio del tiempo transcurrido entre la fecha de ingreso y la de resolución del expediente (validado u observado)	Mensual	Sistema de Administración Documentaria - SIAD	Permite conocer la oportunidad de respuesta de la validación de certificados medicos	< 7 días	Gerente o Director de la Red / Director de EESS / Encargado del SIAD / Médicos de Control / Responsable de OGIT - CEVIT



## ANEXO N° 17

### ESTÁNDARES PARA LOS GESTORES DE LA INCAPACIDAD

ACTIVIDAD	ESTANDAR	RENDIMIENTO
<b>MÉDICO DE CONTROL</b>		
Evaluar y verificar los CITT otorgados en el Establecimiento de Salud, constatando el registro de los criterios técnicos y el uso de la Guía de Calificación de la Incapacidad Temporal en las Historias Clínicas	10 minutos	6 x hora
Capacitar a los profesionales de la salud autorizados del Establecimiento de Salud en el uso y manejo de certificaciones médicas por Incapacidad Temporal y Maternidad	60 minutos	1 x mes
Controlar y supervisar los Sistemas de Registro de CITT	60 minutos	1 x sem
Efectuar la evaluación del expediente y realizar la validación del Certificado Médico	10 minutos	6 x hora
Solicitar y coordinar el traslado oportuno de los pacientes con Incapacidad Temporal Prolongada a las Comisiones Médicas Calificadoras de Incapacidad (COMECI)	30 minutos	2 x hora
Regularización de CITT	10 minutos	6 x hora
Registrar diariamente las actividades en el Parte Diario de Producción	30 minutos	1 x día
Presentar un Informe mensual de Gestión de la Incapacidad a la Dirección del Establecimiento de Salud	60 minutos	1 x mes
<b>COMECI</b>		
Evaluar y calificar los expedientes clínicos de los asegurados	12 minutos	5 x hora
Coordinar con los Médicos de Control el traslado de los asegurados con Incapacidad Temporal Prolongada	10 minutos	6 x hora
Emitir y remitir el IMECI a la OGIT	60 minutos	1 x mes
Elaborar los perfiles de los eventos causantes de la ITP	60 minutos	1 x mes
<b>COMAI</b>		
Elaborar el Plan Anual de Auditoría de Certificaciones	180 minutos	1 x año
Auditoría de validación de la certificación de la incapacidad	10 minutos	6 x hora
Auditoría de los procesos relacionados a las certificaciones médicas	10 minutos	6 x hora
Auditoría de incapacidad de un asegurado específico	10 minutos	6 x hora
Remisión de Informes de Auditoría	120 minutos	1 x mes
Seguimiento y monitoreo del cumplimiento de las recomendaciones	120 minutos	1 x mes



**ANEXO N° 18**

**INFORME MÉDICO DE POSTERGACIÓN DEL DESCANSO POR MATERNIDAD**

Establecimiento de Salud	Red Asistencial	Fecha
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombres y Apellidos del Médico Tratante		CMP
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Nombres y Apellidos de la Asegurada		RNE
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Documento de Identidad		
DNI <input type="checkbox"/>		C.Extranjería <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>

**CONDICIONES DE LA GESTACIÓN**

Fórmula Gestacional  FUR  FPP  EG  sem

CPN Fecha de Inicio  Psicoprofilaxis del Parto  SI  NO

Altura Uterina  Canal Vaginal

Placenta Posición  Estadio

Antecedentes Patológicos y Obstétricos

.....

.....

.....

**CONDICIONES DEL PRODUCTO**

Gestación Única  SI  NO Gestación Múltiple  SI  NO N° Fetos

Posición  Peso  Latidos Fetales

Morfología

.....

.....

Conclusión

.....

.....

**CONDICIONES LABORALES**

Trabajo Habitual  Empleador

Riesgos Laborales  SI  NO Adaptación al Trabajo  SI  NO

El Médico que suscribe hace constar que ha evaluado a la asegurada de la referencia, siendo las condiciones de la gestación y del producto ....., que permiten una adaptación plena a su trabajo habitual; por lo que autoriza a diferir el inicio del periodo de Descanso por Maternidad hasta el .....

**FIRMA Y SELLO**



*[Handwritten Signature]*



Firma y Sello

# ANEXO N° 19





# Incapacidad Temporal

## Guía de Calificación



# Incapacidad Temporal

## Guía de Calificación



- Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales
- Gerencia de Prestaciones Económicas
- Sub Gerencia de Auditoria de Certificaciones y Evaluación Médica

- 2014 -



# Incapacidad Temporal

## Guía de Calificación

### INDICE

<u>Introducción</u>	3
<u>Propósito de la Guía de Calificación</u>	3
<u>¿Qué entendemos por Certificado Médico?</u>	3
<u>¿Qué es el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo - CITT?</u>	3 - 4
<u>¿En dónde y cuándo se otorga el CITT?</u>	4
<u>¿Cuáles son los Riesgos y Contingencias acreditados por el CITT?</u>	4 - 5
<u>¿Qué es la Incapacidad Temporal?</u>	5
<u>¿Cuáles son los Criterios Técnicos para calificar la Incapacidad Temporal para el Trabajo?</u>	5 - 9
<u>¿Cómo otorgar los Días de Incapacidad Temporal - DIT?</u>	9 - 10
<u>¿Hasta cuándo el médico tratante debe otorgar CITT al asegurado?</u>	10 - 11
Casos Prácticos	12 - 14
Tabla de Tiempo Estándar por CIE 10	



# Incapacidad Temporal

## Guía de Calificación

### INTRODUCCION

EsSalud, como institución de Seguridad Social y administradora del Régimen Contributivo de Salud y Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR) pone al alcance de los profesionales de la salud y Gestores de la Incapacidad Temporal la presente Guía.

La Guía de Calificación de Días de Incapacidad Temporal es una herramienta de gestión que permite a los profesionales de la salud otorgar con criterios técnicos el periodo de incapacidad a un asegurado que presenta una enfermedad, daño o secuela a causa de contingencias comunes o laborales.

#### **Propósito de la Guía de Calificación**

El objetivo de la Guía de Calificación para el otorgamiento de Días de Incapacidad Temporal es estandarizar la calificación de la incapacidad a nivel institucional, poniendo énfasis en su repercusión laboral, social, económica y en salud.

La Guía de Calificación contiene los criterios técnicos para ayudar al profesional de la salud a determinar si el paciente presenta o no incapacidad para el trabajo y a otorgar de una manera adecuada los días de incapacidad temporal.

#### **¿Qué entendemos por Certificado Médico?**

Uno de los documentos más utilizados en la relación Médico – Paciente es el Certificado Médico. Comúnmente es exigido a los profesionales médicos con la finalidad de comprobar ante terceros, especialmente al empleador, el deterioro de la salud y la incapacidad laboral y así justificar la inasistencia a su centro laboral.

El Código de Ética del Colegio Médico del Perú establece que: “... *el certificado médico es un documento destinado acreditar el Acto Médico realizado, debe ser claro y preciso, debe ceñirse a la verdad. Incurrir en falta ética, aquel médico que expide un certificado acreditando un acto médico no realizado o que exprese información falsa, inexacta o tendenciosa, que perjudica al paciente o a terceros u obtener beneficios indebidos...*”.

#### **¿Qué es el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo – CITT?**

El **Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo – CITT**, es el documento oficial, por el cual los profesionales de la salud hacen constar que el asegurado presenta una Incapacidad Temporal producto de una enfermedad, lesión o secuela y detalla si la contingencia responde a un riesgo común o de tipo laboral.

El CITT fija el periodo y la duración de la incapacidad temporal para el trabajo, de acuerdo a los criterios técnicos que se definen en la presente Guía. Se **otorga al asegurado regular activo acreditado y con derecho al mismo, determinado por el tipo de seguro y característica de cobertura que genera subsidio por incapacidad temporal y/o maternidad**. Este documento es emitido necesariamente y de oficio por el profesional de la salud autorizado y acreditado por EsSalud y la información del mismo debe obligatoriamente estar registrada en la historia clínica del asegurado.

El profesional de la salud autorizado a emitir y expedir CITT, como parte del Acto Médico que ejecuta debe establecer el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, lesión o secuela de acuerdo al uso de protocolos o guías de práctica clínica teniendo las evidencias médicas que sustenten el impedimento ocasionado y su repercusión en el desarrollo y cumplimiento de las actividades laborales habituales del asegurado.

### ¿En dónde y cuándo se otorga el CITT?

El CITT es otorgado por el Médico tratante o por el Médico de Control

- En Consulta Externa, al término del acto médico.
- En Emergencia, al término de la Atención del Servicio.
- En Hospitalización, al alta o cada 30 días en caso continúe hospitalizado
- En todos los casos anteriores si el paciente ha ingresado procedente de otro servicio asistencial, el servicio asistencial tiene el deber de emitir el CITT desde la fecha de ingreso al servicio asistencial hasta la fecha de alta del servicio asistencial.
- En el Consultorio del Médico de Control: hasta las 72 horas de recibido la solicitud de regularización, en el caso de validación el plazo estará acorde con lo establecido en el Texto Unico Ordenado de Procedimientos Administrativos – TUPA.
- En los Servicios de PADOMI: hasta las 24 horas de haber realizado la atención médica.
- En otros Servicios o Modalidades de atención en salud que lo requieran y que cuenten con la autorización de la Gerencia de Prestaciones Económicas: al término del acto médico.

### ¿Cuáles son los Riesgos y Contingencias acreditados por el CITT?

EsSalud administra el **Régimen Contributivo de Salud** (Seguro Social de Salud) y el **Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo** (SCTR), el primero cobertura los riesgos comunes y el SCTR los riesgos laborales.

## CONTINGENCIAS ACREDITADAS POR EL CITT

CONTINGENCIAS COMUNES	CONTINGENCIAS LABORALES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ENFERMEDAD COMUN</li> <li>• ACCIDENTE COMUN                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Accidente Común</li> <li>▪ Accidente de Transito</li> <li>▪ Accidente de Trabajo sin cobertura SCTR</li> </ul> </li> <li>• MATERNIDAD                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Embarazo Único</li> <li>▪ Embarazo Múltiple</li> <li>▪ Embarazo Prolongado</li> <li>▪ Recién Nacido con Discapacidad</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ENFERMEDAD PROFESIONAL</li> <li>• ACCIDENTE DE TRABAJO                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Accidente de Trabajo con cobertura SCTR</li> </ul> </li> </ul>

### ¿Qué es Incapacidad Temporal?

La *Incapacidad Temporal (IT)*, es la pérdida o disminución de la capacidad para desarrollar las actividades laborales habituales a consecuencia de una enfermedad o daño, susceptible de ser tratada y recuperada en un máximo de 340 días y que da derecho a goce de subsidios

Pero no es solo una prestación económica de la Seguridad Social, sino es la consecuencia de un acto médico y por tanto es considerada como una prescripción médica. Es decir, consideramos la IT como parte del tratamiento que recibe el trabajador de su médico tratante.

### ¿Cuáles son los Criterios Técnicos para establecer el Tiempo Óptimo de los Días de Incapacidad Temporal para el Trabajo?

Para calificar la incapacidad temporal se utilizarán los siguientes criterios técnicos, los mismos que deberán estar registrados en la Historia Clínica junto con el factor de corrección y la valoración que se asigne a cada uno a fin de establecer el **Tiempo Estándar de los Días de Incapacidad Temporal – TEDIT** a otorgar:

#### CRITERIOS TÉCNICOS PARA ESTABLECER EL TIEMPO ESTANDAR DE LOS DÍAS DE INCAPACIDAD TEMPORAL

CRITERIOS TÉCNICOS
1. Tiempo Estándar del impedimento por patología
2. Trabajo Habitual
3. Edad

1. **Tiempo Estándar por patología:** Es la media de los Días de Incapacidad Temporal – DIT otorgados por una Enfermedad Lesión o Secuela (CIE 10) durante los últimos 10 años en la institución.
2. **Trabajo Habitual:** Es la labor remunerada a la cual comúnmente se dedica el asegurado, cuya consecución puede verse afectada como consecuencia del daño.

Para efectos prácticos se ha correlacionado los trabajos habituales con la carga física que éstas implican, asignándoles un factor de corrección, acorde con el siguiente cuadro:

### FACTOR DE CORRECCIÓN DEL TRABAJO HABITUAL SEGÚN LA CARGA FÍSICA

GRUPO	CARGA FÍSICA	TRABAJO HABITUAL	FACTOR
1	Ligera	Directores, Gerentes , profesionales y técnicos científicos, investigadores y docentes, profesionales que realizan labor administrativa (abogados, arquitectos, trabajadoras sociales, etc.), técnicos de apoyo administrativo, secretarias, asistentes de gerencia, empleados de oficina que no atienden al público.	0.50
2	Moderada	Empleados de oficina que atienden al público, trabajadores de los servicios de restauración (gasfiteros, pintores, electricistas, carpinteros, etc.) y comercio, trabajadores asistenciales de los servicios de salud (médicos, enfermeras, obstétricas, tecnólogos, etc.) y cuidado de las personas, trabajadores de los servicios de protección, seguridad y limpieza.	0.75
3	Pesada	Trabajadores del sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero, trabajadores asistenciales de los servicios de salud (técnicos de enfermería, camilleros, etc.), industria manufacturera, textil y de mantenimiento, conductores y operadores de maquinarias móviles.	1.00
4	Muy pesada	Operadores de instalaciones, maquinarias fijas y montadores.	1.25
5	Extenuante	Peones de la agricultura, pesca, construcción, minería y conductores de transporte pesado.	1.50

Elaboración: SGACEM, 2014

Asimismo, es necesario establecer la correspondencia entre la carga mental y el trabajo habitual, asignándole un Factor de Corrección, conforme al siguiente cuadro:

### FACTOR DE CORRECCIÓN DEL TRABAJO HABITUAL SEGÚN LA CARGA MENTAL

GRUPO	CARGA MENTAL	TRABAJO HABITUAL	FACTOR
1	Muy Alta	Directores, Gerentes, profesionales y técnicos científicos, investigadores y docentes, profesionales que realizan labor administrativa (abogados, arquitectos, trabajadoras sociales, etc.), trabajadores asistenciales de los servicios de salud (médicos, enfermeras, obstétricas, tecnólogos, etc.).	1.50
2	Alta	Técnicos de apoyo administrativo, secretarías, asistentes de gerencia, empleados de oficina que no atienden al público.	1.25
3	Media	Empleados de oficina que atienden al público, trabajadores del sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero, trabajadores asistenciales de los servicios de salud (técnicos de enfermería, camilleros, etc.) y del cuidado de las personas, industria manufacturera, textil y de mantenimiento, conductores y operadores de maquinarias móviles.	1.00
4	Baja	Trabajadores de los servicios de restauración (gasfiteros, pintores, electricistas, carpinteros, etc.), trabajadores de los servicios de protección, seguridad, limpieza y comercio, operadores de instalaciones y maquinarias fijas y montadores.	0.75
5	Muy Baja	Peones de la agricultura, pesca, construcción, minería y conductores de transporte pesado.	0.50

Elaboración: SGACEM, 2014

Con el fin de orientar al usuario en la selección del tipo de carga que realiza el asegurado y que está siendo afectada por la patología que presenta, se adjunta la siguiente tabla:

### TIPO DE CARGA Y SU CORRELACIÓN CON EL CIE 10

N°	CAPÍTULO CIE 10	TIPO DE CARGA	
		FISICA	MENTAL
1	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	X	
2	Tumores (Neoplasias) (C00 – D48)	X	X
3	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad (D50 – D89)	X	
4	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	X	
5	Trastornos mentales y del comportamiento (F00 – F99)		X
6	Enfermedades del Sistema Nervioso (G00 – G99)	X	
7	Enfermedades del Ojo y sus anexos (H00 – H59)	X	
8	Enfermedades del Oído y de la apófisis mastoides (H60 – H95)	X	
9	Enfermedades del Sistema Circulatorio (I00 – I99)	X	
10	Enfermedades del Sistema Respiratorio (J00 – J99)	X	
11	Enfermedades del Sistema Digestivo (K00 – K93)	X	
12	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00 – L99)	X	
13	Enfermedades del Sistema Osteomuscular y del Tejido conjuntivo (M00 – M99)	X	
14	Enfermedades del Sistema Genitourinario (N00 – N99)	X	
15	Embarazo, Parto y puerperio (O00 – O99)	X	
16	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00 – R99)	X	
17	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00 – T98)	X	
18	Otras causas externas de traumatismos accidentales (W00 – X59)	X	
19	Complicaciones de la atención médica y quirúrgica (Y40 – Y84)	X	
20	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00 – Z99)	X	

Elaboración: SGACEM, 2014

- Edad:** Tiempo transcurrido a partir del nacimiento del asegurado correlacionado con el número de Autogenerado.

Con motivo de esta Guía se ha correlacionado el Capítulo del CIE 10 con cada grupo etéreo asignándole un factor de corrección, tal como se presenta en el siguiente cuadro:

## FACTOR DE CORRECCIÓN DE LA EDAD SEGÚN EL CIE 10

N°	CAPÍTULO CIE 10	GRUPO ETÁREO (años)		
		18 - 36	37 - 55	> 55
1	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	0.92	1.11	1.30
2	Tumores (Neoplasias) (C00 – D48)	0.70	0.91	1.11
3	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad (D50 – D89)	0.87	1.08	1.28
4	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	1.00	1.05	1.09
5	Trastornos mentales y del comportamiento (F00 – F99)	0.92	1.05	1.17
6	Enfermedades del Sistema Nervioso (G00 – G99)	0.73	0.97	1.20
7	Enfermedades del Ojo y sus anexos (H00 – H59)	0.73	0.97	1.20
8	Enfermedades del Oído y de la apófisis mastoides (H60 – H95)	0.73	0.97	1.20
9	Enfermedades del Sistema Circulatorio (I00 – I99)	0.71	0.93	1.15
10	Enfermedades del Sistema Respiratorio (J00 – J99)	0.87	1.08	1.29
11	Enfermedades del Sistema Digestivo (K00 – K93)	0.73	0.99	1.25
12	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00 – L99)	1.03	1.12	1.20
13	Enfermedades del Sistema Osteomuscular y del Tejido conjuntivo (M00 – M99)	0.90	1.05	1.19
14	Enfermedades del Sistema Genitourinario (N00 – N99)	0.85	1.05	1.25
15	Embarazo, Parto y puerperio (O00 – O99)	1.00	1.00	1.00
16	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00 – R99)	0.88	1.07	1.26
17	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00 – T98)	0.91	1.05	1.18
18	Otras causas externas de traumatismos accidentales (W00 – X59)	0.91	1.05	1.18
19	Complicaciones de la atención médica y quirúrgica (Y40 – Y84)	0.91	1.05	1.18
20	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00 – Z99)	0.91	1.05	1.18

Elaboración: SGACEM, 2014

### ¿Cómo otorgar los Días de Incapacidad Temporal - DIT?

Los Días de Incapacidad Temporal que otorga el Médico tratante como parte de su Plan Terapéutico en Consulta Externa, deben contemplar los siguientes pasos:

1. Establecer el diagnóstico CIE 10 que corresponde al proceso de Incapacidad Temporal.
2. Localizar en el Listado de Tiempos Estándar el tiempo en días asignado a dicho diagnóstico según CIE 10 y anotarlo.

3. Registrar el Trabajo Habitual del asegurado para cada empleador y asignarle el grupo acorde con la tabla.
4. Determinar si el impedimento que ocasiona el daño en el asegurado es producto de la Carga Física o Mental y registrarlo.
5. Localizar en la Tabla el Factor de Corrección que corresponda a dicha ocupación acorde al tipo de carga (Física o Mental) y anotar el Factor de Corrección.
6. Registrar en la Historia Clínica la edad del asegurado y localizar el coeficiente de Corrección que corresponda con la edad del trabajador en años y el CIE 10.
7. Multiplicar el tiempo estándar en días por el factor de corrección por trabajo habitual y por edad, acorde con la siguiente fórmula:

### **TEDIT = TEI x FC Trabajo Habitual x FC Edad**

TEDIT = Tiempo Estándar de los Días de Incapacidad Temporal

TEI = Tiempo Estándar del impedimento por patología

FC Trabajo Habitual = Factor de Corrección por Trabajo Habitual

FC Edad = Factor de Corrección por Edad

Este procedimiento se realizará por cada atención en Consulta Externa, siempre y cuando el asegurado presente incapacidad para el trabajo, para Emergencia y Hospitalización se procederá de acuerdo a la normatividad vigente.

En caso el resultado de la operación supere los 30 días, se considerará esta cifra como valor máximo para la expedición del CITT.

Si el médico tratante considera que el asegurado requiere un tiempo de incapacidad inferior al resultado obtenido, queda en potestad de disminuir los días de incapacidad.

### ***¿Hasta cuándo el médico tratante debe otorgar CITT al asegurado?***

El Médico Tratante o de Control que evalúa y controla el proceso de Incapacidad Temporal del asegurado debe tener en cuenta lo siguiente, al momento de expedir un certificado médico de incapacidad:

- Número de días en que por su condición física o mental, el paciente no puede realizar su actividad laboral o habitual, en razón a limitación para realizarla de manera adecuada.
- Número de días en que la ocupación habitual representa riesgo para la recuperación del paciente.

- Número de días en que la patología del paciente representa riesgo para los compañeros de trabajo. Como ejemplo en casos de TBC, cuando a pesar que existe un tratamiento y el cultivo positivo el paciente puede estar en condiciones de laborar, la incapacidad se prolonga asegurarse de que la posibilidad de contagio con las personas que rodean al paciente desaparece.
- Número de días que por razones del tratamiento ambulatorio (por ejemplo, efectos secundarios o frecuencia diaria de terapia) no pueda realizar sus labores habituales. Por ejemplo, el uso de medicamentos que producen sedación o disminución del estado de alerta del conductor.

Asimismo, decidirá si se continuará o no otorgando CITT, teniendo en consideración lo siguiente:

- Cuando el asegurado presenta un impedimento configurado (el daño que le ocasiona el impedimento es objetivo, demostrable, las terapias accesibles por el paciente están finalizadas y no hay mejoría, se evolución es estable o en agravación o cumplió con el período de observación y no se aprecia recuperación), o
- Cuando la enfermedad, daño o secuela que presenta el asegurado es calificada por el Médico Tratante como irrecuperable, o
- Cuando la enfermedad, daño o secuela que presenta el asegurado es calificada de pronóstico médico incierto, o
- Cuando la enfermedad, daño o secuela que presenta el asegurado necesita de un tratamiento a largo plazo que supera el tiempo máximo permitido por Ley (340 días).

En todos estos casos bastará con expedir un CITT para proceder a registrar los datos en el Informe de Evaluación Médica – Ley 26790 (Anexo 4) y remitir el caso al Médico de Control para la evaluación por la Comisión Médica Calificadora de Incapacidades – COMECI.

Así mismo, serán evaluados por la COMECI los asegurados que presentan Incapacidad Temporal Prolongada, por haber acumulado:

- 150 días de Observación por periodos consecutivos de incapacidad, o
- 90 días de incapacidad no consecutivos en un periodo de 365 días.

En ambas situaciones el médico tratante será el responsable de registrar el Anexo 4 y remitir el caso al Médico de Control para la derivación a la COMECI.

A continuación algunos casos prácticos para facilitar el uso de los criterios técnicos:



## Casos Prácticos

- Paciente varón 42 años, trabajador de construcción civil (peón), con dolor lumbar no irradiado post esfuerzo físico diagnosticado como lumbalgia.

CRITERIO		FACTOR DE CORRECCIÓN
Trabajo Habitual	Física - Extenuante	1.50
Edad	42 años	1.05
Tiempo Estándar de IT	M54.5	4
<b>TIEMPO ÓPTIMO DE INCAPACIDAD</b>		<b>6</b>

- Paciente mujer 30 años, docente, que acude por presentar cámaras diarreicas en número de 3 a 5 acompañadas de náuseas y vómitos.

CRITERIO		FACTOR DE CORRECCIÓN
Trabajo Habitual	Físico – Ligero	0.50
Edad	30 años	0.92
Tiempo Estándar de IT	A09.X	3
<b>TIEMPO ÓPTIMO DE INCAPACIDAD</b>		<b>1</b>

- Paciente varón 38 años, trabajador de call center, que acude por presentar dolor de garganta, tos y flema.

CRITERIO		FACTOR DE CORRECCIÓN
Trabajo Habitual	Física - Moderada	0.75
Edad	38 años	1.08
Tiempo Estándar de IT	J02.8	2
<b>TIEMPO ÓPTIMO DE INCAPACIDAD</b>		<b>2</b>

- Paciente varón 57 años, operador de maquinaria fija, que acude al hospital por dolor y signos de flogosis en pie izquierdo.

CRITERIO		FACTOR DE CORRECCIÓN
Trabajo Habitual	Física – Muy pesada	1.25
Edad	57 años	1.20
Tiempo Estándar de IT	L03.1	6
<b>TIEMPO ÓPTIMO DE INCAPACIDAD</b>		<b>9</b>

- Paciente mujer 22 años, técnica de enfermería con dolor intenso en tobillo derecho post caída, radiografía no contributoria.

CRITERIO		FACTOR DE CORRECCIÓN
Trabajo Habitual	Física - Pesada	1.00
Edad	22 años	0.91
Tiempo Estándar de IT	S93.4	12
<b>TIEMPO ÓPTIMO DE INCAPACIDAD</b>		<b>11</b>



- Paciente varón 38 años, médico, con trastorno mixto de ansiedad y depresión.

CRITERIO		FACTOR DE CORRECCIÓN
Trabajo Habitual	Mental – Muy Alta	1.50
Edad	38 años	1.05
Tiempo Estándar de IT	F41.2	14
<b>TIEMPO ÓPTIMO DE INCAPACIDAD</b>		<b>22</b>

- Paciente mujer 37 años, operaria de limpieza, con trastorno afectivo bipolar.

CRITERIO		FACTOR DE CORRECCIÓN
Trabajo Habitual	Mental – Baja	0.75
Edad	37 años	1.05
Tiempo Estándar de IT	S61.7	10
<b>TIEMPO ÓPTIMO DE INCAPACIDAD</b>		<b>8</b>

- Paciente varón 22 años, obrero de fábrica textil, con fracturas de huesos metacarpianos.

CRITERIO		FACTOR DE CORRECCIÓN
Trabajo Habitual	Física - Pesada	1.00
Edad	22 años	0.91
Tiempo Estándar de IT	S62.4	30
<b>TIEMPO ÓPTIMO DE INCAPACIDAD</b>		<b>27</b>

- Paciente varón 35 años, operador de montacarga, con ciática.

CRITERIO		FACTOR DE CORRECCIÓN
Trabajo Habitual	Física – Muy pesada	1.25
Edad	35 años	0.90
Tiempo Estándar de IT	M54.4	14
<b>TIEMPO ÓPTIMO DE INCAPACIDAD</b>		<b>16</b>

- Paciente mujer 43 años, médico, con diagnóstico de cáncer de mama IIb.

CRITERIO		FACTOR DE CORRECCIÓN
Trabajo Habitual	Mental – Muy alta	1.50
Edad	43 años	0.91
Tiempo Estándar de IT	C50.9	30
<b>TIEMPO ÓPTIMO DE INCAPACIDAD</b>		<b>30</b>

- Paciente varón 35 años, tecnólogo médico, con Tuberculosis Pulmonar BK (+).

CRITERIO		FACTOR DE CORRECCIÓN
Trabajo Habitual	Física - Moderada	0.75
Edad	35 años	0.92
Tiempo Estándar de IT	A15.9	30
<b>TIEMPO ÓPTIMO DE INCAPACIDAD</b>		<b>21</b>



## BIBLIOGRAFÍA

1. Manual para la valoración de la Incapacidad Temporal en las patologías más prevalentes. Dirección General de Ordenación e Inspección – Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Primera Edición – Noviembre 2010.
2. Tiempos Estándar de Incapacidad Temporal. Instituto Nacional de Seguridad Social – España. Segunda Edición – 2013.
3. Manual de Tiempos Óptimos de Incapacidad Temporal. Instituto Nacional de Seguridad Social – España. Tercera Edición – 2014.

## GRUPO DE TRABAJO

**Maikol Antonio Paredes Almendariz**

Sub Gerente de Auditoría de  
Certificaciones y Evaluación Médica  
[maikol.paredes@essalud.gob.pe](mailto:maikol.paredes@essalud.gob.pe)

**Melquíades Carlos Humberto Zaballos Palacios**

Médico Auditor  
[carlos.zaballos@essalud.gob.pe](mailto:carlos.zaballos@essalud.gob.pe)

**Jeannette Milagros Motta Candela**

Médico Auditor  
[jeannette.motta@essalud.gob.pe](mailto:jeannette.motta@essalud.gob.pe)

**María Salomé Delgado Maldonado**

Médico Auditor  
[maria.delgadam@essalud.gob.pe](mailto:maria.delgadam@essalud.gob.pe)

**Yohny Walter Torres Coronación**

Médico Auditor  
[yohny.torres@essalud.gob.pe](mailto:yohny.torres@essalud.gob.pe)

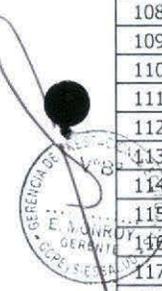
**TABLA DE TIEMPO ESTANDAR POR CIE-10**

ITEM	CIE 10	DESCRIPCIÓN	TIEMPO ESTÁNDAR
1	A01.0	FIEBRE TIFOIDEA	9
2	A01.4	FIEBRE PARATIFOIDEA, NO ESPECIFICADA	9
3	A02.0	ENTERITIS DEBIDA A SALMONELLA	3
4	A02.8	OTRAS INFECCIONES ESPECIFICADAS COMO DEBIDAS A SALMONELLA	3
5	A02.9	INFECCION DEBIDA A SALMONELLA, NO ESPECIFICADA	3
6	A03.9	SHIGELOSIS DE TIPO NO ESPECIFICADO	5
7	A04.0	INFECCION DEBIDA A ESCHERICHIA COLI ENTEROPATOGENA	3
8	A04.1	INFECCION DEBIDA A ESCHERICHIA COLI ENTEROTOXIGENA	3
9	A04.2	INFECCION DEBIDA A ESCHERICHIA COLI ENTEROINVASIVA	3
10	A04.3	INFECCION DEBIDA A ESCHERICHIA COLI ENTEROHEMORRAGICA	3
11	A04.4	OTRAS INFECCIONES INTESTINALES DEBIDAS A ESCHERICHIA COLI	3
12	A04.5	ENTERITIS DEBIDA A CAMPYLOBACTER	3
13	A04.6	ENTERITIS DEBIDA A YERSINIA ENTEROCOLITICA	3
14	A04.7	ENTEROCOLITIS DEBIDA A CLOSTRIDIUM DIFFICILE	3
15	A04.8	OTRAS INFECCIONES INTESTINALES BACTERIANAS ESPECIFICADAS	3
16	A04.9	INFECCION INTESTINAL BACTERIANA, NO ESPECIFICADA	3
17	A05.0	INTOXICACION ALIMENTARIA ESTAFILOCOCCICA	3
18	A05.9	INTOXICACION ALIMENTARIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA	3
19	A06.0	DISENTERIA AMEBIANA AGUDA	7
20	A06.1	AMEBIASIS INTESTINAL CRONICA	7
21	A06.2	COLITIS AMEBIANA NO DISENTERICA	7
22	A06.4	ABSCESO AMEBIANO DEL HIGADO	30
23	A06.5	ABSCESO AMEBIANO DEL PULMON (J99.8*)	30
24	A06.6	ABSCESO AMEBIANO DEL CEREBRO (G07*)	30
25	A06.9	AMEBIASIS, NO ESPECIFICADA	5
26	A07.0	BALANTIDIASIS	5
27	A07.1	GIARDIASIS [LAMBLIASIS]	5
28	A07.2	CRIPTOSPORIDIOSIS	10
29	A07.8	OTRAS ENFERMEDADES INTESTINALES ESPECIFICADAS DEBIDAS A PROTOZOARIOS	5
30	A07.9	ENFERMEDAD INTESTINAL DEBIDA A PROTOZOARIOS, NO ESPECIFICADA	5
31	A08.0	ENTERITIS DEBIDA A ROTAVIRUS	2
32	A08.1	GASTROENTEROPATIA AGUDA DEBIDA AL AGENTE DE NORWALK	2
33	A08.2	ENTERITIS DEBIDA A ADENOVIRUS	2
34	A08.3	OTRAS ENTERITIS VIRALES	2
35	A08.4	INFECCION INTESTINAL VIRAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	2
36	A08.5	OTRAS INFECCIONES INTESTINALES ESPECIFICADAS	2
37	A09	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	2
38	A15.0	TUBERCULOSIS DEL PULMON, CONFIRMADA POR HALLAZGO MICROSCOPICO DEL BACILO TUBERCULOSO EN ESPUTO	30
39	A15.1	TUBERCULOSIS DEL PULMON, CONFIRMADA UNICAMENTE POR CULTIVO	30
40	A15.2	TUBERCULOSIS DEL PULMON, CONFIRMADA HISTOLOGICAMENTE	30
41	A15.3	TUBERCULOSIS DEL PULMON, CONFIRMADA POR MEDIOS NO ESPECIFICADOS	30
42	A15.4	TUBERCULOSIS DE GANGLIOS LINFATICOS INTRATORACICOS, CONFIRMADA BACTERIOLOGICA E HISTOLOGICAMENTE	30
43	A15.5	TUBERCULOSIS DE LARINGE, TRAQUEA Y BRONQUIOS, CONFIRMADA BACTERIOLOGICA E HISTOLOGICAMENTE	30
44	A15.6	PLEURESIA TUBERCULOSA, CONFIRMADA BACTERIOLOGICA E HISTOLOGICAMENTE	30
45	A15.7	TUBERCULOSIS RESPIRATORIA PRIMARIA, CONFIRMADA BACTERIOLOGICA E HISTOLOGICAMENTE	30
46	A15.8	OTRAS TUBERCULOSIS RESPIRATORIAS, CONFIRMADAS BACTERIOLOGICA E HISTOLOGICAMENTE	30
47	A15.9	TUBERCULOSIS RESPIRATORIA NO ESPECIFICADA, CONFIRMADA BACTERIOLOGICA E HISTOLOGICAMENTE	30
48	A17.0	MENINGITIS TUBERCULOSA (G01*)	30
49	A17.1	TUBERCULOMA MENINGEO (G07*)	30
50	A17.8	OTRAS TUBERCULOSIS DEL SISTEMA NERVIOSO	30
51	A17.9	TUBERCULOSIS DEL SISTEMA NERVIOSO, NO ESPECIFICADA (G99.8*)	30
52	A18.0	TUBERCULOSIS DE HUESOS Y ARTICULACIONES	30
53	A18.1	TUBERCULOSIS DEL APARATO GENITOURINARIO	30
54	A18.2	LINFADENOPATIA PERIFERICA TUBERCULOSA	30
55	A18.3	TUBERCULOSIS DE LOS INTESTINOS, EL PERITONEO Y LOS GANGLIOS MESENTERICOS	30
56	A18.4	TUBERCULOSIS DE LA PIEL Y EL TEJIDO SUBCUTANEO	30
57	A18.7	TUBERCULOSIS DE GLANDULAS SUPRARRENALES (E35.1*)	30
58	A18.8	TUBERCULOSIS DE OTROS ORGANOS ESPECIFICADOS	30
59	A19.0	TUBERCULOSIS MILIAR AGUDA DE UN SOLO SITIO ESPECIFICADO	30
60	A19.1	TUBERCULOSIS MILIAR AGUDA DE SITIOS MULTIPLES	30
61	A19.2	TUBERCULOSIS MILIAR AGUDA, NO ESPECIFICADA	30
62	A19.8	OTRAS TUBERCULOSIS MILIARES	30
63	A19.9	TUBERCULOSIS MILIAR, SIN OTRA ESPECIFICACION	30
64	A21.9	TULAREMIA, NO ESPECIFICADA	12
65	A23.0	BRUCELOSIS DEBIDA A BRUCELLA MELITENSIS	18
66	A23.1	BRUCELOSIS DEBIDA A BRUCELLA ABORTUS	18
67	A23.9	BRUCELOSIS, NO ESPECIFICADA	18
68	A25.9	FIEBRE POR MORDEDURA DE RATA, NO ESPECIFICADA	18



**TABLA DE TIEMPO ESTANDAR POR CIE-10**

ITEM	CIE 10	DESCRIPCIÓN	TIEMPO ESTÁNDAR
69	A27.9	LEPTOSPIROSIS, NO ESPECIFICADA	18
70	A28.8	OTRAS ENFERMEDADES ZONOTICAS BACTERIANAS ESPECIFICADAS, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	18
71	A30.9	LEPRA, NO ESPECIFICADA	25
72	A31.9	INFECCION POR MICOBACTERIA, NO ESPECIFICADA	18
73	A37.9	TOS FERINA, NO ESPECIFICADA	7
74	A38	ESCARLATINA	7
75	A39.0	MENINGITIS MENINGOCOCICA (G01*)	25
76	A39.9	INFECCION MENINGOCOCICA, NO ESPECIFICADA	25
77	A41.9	SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA	25
78	A42.9	ACTINOMICOSIS, SIN OTRA ESPECIFICACION	18
79	A44.0	BARTONELOSIS SISTEMICA	14
80	A44.9	BARTONELOSIS, NO ESPECIFICADA	14
81	A46	ERISPELA	14
82	A49.8	OTRAS INFECCIONES BACTERIANAS DE SITIO NO ESPECIFICADO	10
83	A49.9	INFECCION BACTERIANA, NO ESPECIFICADA	10
84	A50.0	SIFILIS CONGENITA PRECOZ, SINTOMATICA	14
85	A50.9	SIFILIS CONGENITA, SIN OTRA ESPECIFICACION	14
86	A52.1	NEUROSIFILIS SINTOMATICA	25
87	A52.3	NEUROSIFILIS NO ESPECIFICADA	30
88	A52.7	OTRAS SIFILIS TARDIAS SINTOMATICAS	30
89	A53.9	SIFILIS, NO ESPECIFICADA	25
90	A54.0	INFECCION GONOCOCICA DEL TRACTO GENITOURINARIO INFERIOR SIN ABSCESO PERIURETRAL O DE GLANDULA ACCESORIAS	7
91	A54.5	FARINGITIS GONOCOCICA	7
92	A54.9	INFECCION GONOCOCICA, NO ESPECIFICADA	7
93	A55	LINFOGRANULOMA (VENEREO) POR CLAMIDIAS	7
94	A56.0	INFECCION DEL TRACTO GENITOURINARIO INFERIOR DEBIDA A CLAMIDIAS	7
95	A56.2	INFECCIONES DEL TRACTO GENITOURINARIO DEBIDAS A CLAMIDIAS, SIN OTRA ESPECIFICACION	7
96	A60.0	INFECCION DE GENITALES Y TRAYECTO UROGENITAL DEBIDA A VIRUS DEL HERPES [HERPES SIMPLE]	4
97	A60.9	INFECCION ANOGENITAL POR VIRUS DEL HERPES SIMPLE, SIN OTRA ESPECIFICACION	4
98	A63.0	VERRUGAS (VENEREAS) ANOGENITALES	4
99	A64	ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL NO ESPECIFICADA	4
100	A66.9	FRAMBESIA, NO ESPECIFICADA	7
101	A68.9	FIEBRE RECURRENTE, NO ESPECIFICADA	18
102	A69.1	OTRAS INFECCIONES DE VINCENT	5
103	A74.0	CONJUNTIVITIS POR CLAMIDIAS (H13.1*)	7
104	A74.9	INFECCION POR CLAMIDIAS, NO ESPECIFICADA	4
105	A75.0	TIFUS EPIDEMICO DEBIDO A RICKETTSIA PROWAZEKII TRANSMITIDO POR PIOJOS	18
106	A80.9	POLIOMIELITIS AGUDA, SIN OTRA ESPECIFICACION	30
107	A82.9	RABIA, SIN OTRA ESPECIFICACION	30
108	A83.8	OTRAS ENCEFALITIS VIRALES TRANSMITIDAS POR MOSQUITOS	18
109	A87.0	MENINGITIS ENTEROVIRAL (G02.0*)	25
110	A87.9	MENINGITIS VIRAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	25
111	A88.1	VERTIGO EPIDEMICO	14
112	A90	FIEBRE DEL DENGUE [DENGUE CLASICO]	7
113	A91	FIEBRE DEL DENGUE HEMORRAGICO	9
114	A92.0	ENFERMEDAD POR VIRUS CHIKUNGUNYA	7
115	A95.9	FIEBRE AMARILLA, NO ESPECIFICADA	30
116	A97.0	DENGUE SIN SEÑALES DE ALARMA	7
117	B00.0	ECZEMA HERPETICO	4
118	B00.1	DERMATITIS VESICULAR HERPETICA	18
119	B00.2	GINGIVOESTOMATITIS Y FARINGOAMIGDALITIS HERPETICA	4
120	B00.5	OCULOPATIA HERPETICA	14
121	B00.8	OTRAS FORMAS DE INFECCIONES HERPETICAS	7
122	B00.9	INFECCION DEBIDA AL VIRUS DEL HERPES, NO ESPECIFICADA	4
123	B01.0	MENINGITIS DEBIDA A VARICELA (G02.0*)	30
124	B01.8	VARICELA CON OTRAS COMPLICACIONES	14
125	B01.9	VARICELA SIN COMPLICACIONES	9
126	B02.0	ENCEFALITIS DEBIDA A HERPES ZOSTER (G05.1*)	30
127	B02.2	HERPES ZOSTER CON OTROS COMPROMISOS DEL SISTEMA NERVIOSO	18
128	B02.3	HERPES ZOSTER OCULAR	18
129	B02.7	HERPES ZOSTER DISEMINADO	18
130	B02.8	HERPES ZOSTER CON OTRAS COMPLICACIONES	18
131	B02.9	HERPES ZOSTER SIN COMPLICACIONES	18
132	B05.0	SARAMPION COMPLICADO CON ENCEFALITIS (G05.1*)	30
133	B05.8	SARAMPION CON OTRAS COMPLICACIONES	25
134	B05.9	SARAMPION SIN COMPLICACIONES	14
135	B06.0	RUBEOLA CON COMPLICACIONES NEUROLOGICAS	30
136	B06.9	RUBEOLA SIN COMPLICACIONES	10
137	B07	VERRUGAS VIRICAS	3



**TABLA DE TIEMPO ESTANDAR POR CIE-10**

ITEM	CIE 10	DESCRIPCIÓN	TIEMPO ESTÁNDAR
138	B08.1	MOLUSCO CONTAGIOSO	7
139	B08.2	EXANTEMA SUBITO [SEXTA ENFERMEDAD]	7
140	B08.4	ESTOMATITIS VESICULAR ENTEROVIRAL CON EXANTEMA	7
141	B15.0	HEPATITIS AGUDA TIPO A, CON COMA HEPATICO	30
142	B15.9	HEPATITIS AGUDA TIPO A, SIN COMA HEPATICO	25
143	B16.0	HEPATITIS AGUDA TIPO B, CON AGENTE DELTA (COINFECCION), CON COMA HEPATICO	30
144	B16.1	HEPATITIS AGUDA TIPO B, CON AGENTE DELTA (COINFECCION), SIN COMA HEPATICO	25
145	B16.2	HEPATITIS AGUDA TIPO B, SIN AGENTE DELTA, CON COMA HEPATICO	30
146	B16.9	HEPATITIS AGUDA TIPO B, SIN AGENTE DELTA Y SIN COMA HEPATICO	25
147	B17.0	INFECCION (SUPERINFECCION) AGUDA POR AGENTE DELTA EN EL PORTADOR DE HEPATITIS B	25
148	B17.1	HEPATITIS AGUDA TIPO C	25
149	B17.8	OTRAS HEPATITIS VIRALES AGUDAS ESPECIFICADAS	25
150	B18.0	HEPATITIS VIRAL TIPO B CRONICA, CON AGENTE DELTA	25
151	B18.1	HEPATITIS VIRAL TIPO B CRONICA, SIN AGENTE DELTA	25
152	B18.2	HEPATITIS VIRAL TIPO C CRONICA	25
153	B18.9	HEPATITIS VIRAL CRONICA, SIN OTRA ESPECIFICACION	25
154	B19.0	HEPATITIS VIRAL NO ESPECIFICADA CON COMA	30
155	B19.9	HEPATITIS VIRAL NO ESPECIFICADA SIN COMA	25
156	B20.0	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCION POR MICOBACTERIAS	30
157	B20.4	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN CANDIDIASIS	18
158	B20.9	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN ENFERMEDAD INFECCIOSA O PARASITARIA NO ESPECIFICADA	18
159	B22.0	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN ENCEFALOPATIA	30
160	B22.2	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN SINDROME CAQUECTICO	30
161	B23.0	SINDROME DE INFECCION AGUDA DEBIDA A VIH	18
162	B24	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH], SIN OTRA ESPECIFICACION	18
163	B25.9	ENFERMEDAD POR VIRUS CITOMEGALICO, NO ESPECIFICADA	10
164	B26.0	ORQUITIS POR PAROTIDITIS (N51.1*)	10
165	B26.1	MENINGITIS POR PAROTIDITIS (G02.0*)	30
166	B26.2	ENCEFALITIS POR PAROTIDITIS (G05.1*)	30
167	B26.8	PAROTIDITIS INFECCIOSA CON OTRAS COMPLICACIONES	10
168	B26.9	PAROTIDITIS, SIN COMPLICACIONES	7
169	B27.9	MONONUCLEOSIS INFECCIOSA, NO ESPECIFICADA	18
170	B30.0	QUERATOCONJUNTIVITIS DEBIDA A ADENOVIRUS (H19.2*)	7
171	B30.2	FARINGOCONJUNTIVITIS VIRAL	7
172	B30.8	OTRAS CONJUNTIVITIS VIRALES (H13.1*)	7
173	B30.9	CONJUNTIVITIS VIRAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	7
174	B34.0	INFECCION DEBIDA A ADENOVIRUS, SIN OTRA ESPECIFICACION	7
175	B34.8	OTRAS INFECCIONES VIRALES DE SITIO NO ESPECIFICADO	4
176	B34.9	INFECCION VIRAL, NO ESPECIFICADA	4
177	B35.0	TIÑA DE LA BARBA Y DEL CUERO CABELLUDO	4
178	B35.1	TIÑA DE LAS UÑAS	4
179	B35.2	TIÑA DE LA MANO	3
180	B35.3	TIÑA DEL PIE [TINEA PEDIS]	3
181	B35.4	TIÑA DEL CUERPO [TINEA CORPORIS]	3
182	B35.6	TIÑA INGUINAL [TINEA CRURIS]	3
183	B35.8	OTRAS DERMATOFITOSIS	3
184	B35.9	DERMATOFITOSIS, NO ESPECIFICADA	3
185	B36.0	PITIRIASIS VERSICOLOR	3
186	B36.8	OTRAS MICOSIS SUPERFICIALES ESPECIFICADAS	3
187	B36.9	MICOSIS SUPERFICIAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	3
188	B37.0	ESTOMATITIS CANDIDIASICA	3
189	B37.2	CANDIDIASIS DE LA PIEL Y LAS UÑAS	3
190	B37.3	CANDIDIASIS DE LA VULVA Y DE LA VAGINA (N77.1*)	3
191	B37.8	CANDIDIASIS DE OTROS SITIOS	3
192	B37.9	CANDIDIASIS, NO ESPECIFICADA	3
193	B47.9	MICETOMA, NO ESPECIFICADO	18
194	B48.7	MICOSIS OPORTUNISTAS	14
195	B48.8	OTRAS MICOSIS ESPECIFICADAS	4
196	B49	MICOSIS, NO ESPECIFICADA	4
197	B50.9	PALUDISMO DEBIDO A PLASMODIUM FALCIPARUM, SIN OTRA ESPECIFICACION	25
198	B51.8	PALUDISMO DEBIDO A PLASMODIUM VIVAX CON OTRAS COMPLICACIONES	25
199	B51.9	PALUDISMO DEBIDO A PLASMODIUM VIVAX, SIN COMPLICACIONES	25
200	B54	PALUDISMO [MALARIA] NO ESPECIFICADO	25
201	B55.1	LEISHMANIASIS CUTANEA	18
202	B55.2	LEISHMANIASIS MUCOCUTANEA	18
203	B55.9	LEISHMANIASIS, NO ESPECIFICADA	18
204	B58.0	OCULOPATIA DEBIDA A TOXOPLASMA	18
205	B58.8	TOXOPLASMOSIS CON OTRO ORGANO AFECTADO	18
206	B58.9	TOXOPLASMOSIS, NO ESPECIFICADA	18



**TABLA DE TIEMPO ESTANDAR POR CIE-10**

ITEM	CIE 10	DESCRIPCIÓN	TIEMPO ESTÁNDAR
207	B67.0	INFECCION DEL HIGADO DEBIDA A ECHINOCOCCUS GRANULOSUS	18
208	B67.1	INFECCION DEL PULMON DEBIDA A ECHINOCOCCUS GRANULOSUS	18
209	B67.8	EQUINOCOCOSIS DEL HIGADO, NO ESPECIFICADA	18
210	B67.9	EQUINOCOCOSIS, OTRA Y LA NO ESPECIFICADA	18
211	B69.0	CISTICERCOSIS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	30
212	B69.9	CISTICERCOSIS, NO ESPECIFICADA	30
213	B77.9	ASCARIASIS, NO ESPECIFICADA	3
214	B82.9	PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	3
215	B85.0	PEDICULOSIS DEBIDA A PEDICULUS HUMANUS CAPITIS	3
216	B85.1	PEDICULOSIS DEBIDA A PEDICULUS HUMANUS CORPORIS	3
217	B85.2	PEDICULOSIS, SIN OTRA ESPECIFICACION	3
218	B86	ESCABIOSIS	3
219	B88.0	OTRAS ACARIASIS	3
220	B97.4	VIRUS SINCITIAL RESPIRATORIO COMO CAUSA DE ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTROS CAPITULOS	4
221	B97.7	PAPILOMAVIRUS COMO CAUSA DE ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTROS CAPITULOS	11
222	C00.0	TUMOR MALIGNO DEL LABIO SUPERIOR, CARA EXTERNA	14
223	C00.1	TUMOR MALIGNO DEL LABIO INFERIOR, CARA EXTERNA	14
224	C00.2	TUMOR MALIGNO DEL LABIO, CARA EXTERNA, SIN OTRA ESPECIFICACION	14
225	C00.3	TUMOR MALIGNO DEL LABIO SUPERIOR, CARA INTERNA	14
226	C00.5	TUMOR MALIGNO DEL LABIO, CARA INTERNA, SIN OTRA ESPECIFICACION	14
227	C00.6	TUMOR MALIGNO DE LA COMISURA LABIAL	14
228	C00.9	TUMOR MALIGNO DEL LABIO, PARTE NO ESPECIFICADA	14
229	C01	TUMOR MALIGNO DE LA BASE DE LA LENGUA	30
230	C02.0	TUMOR MALIGNO DE LA CARA DORSAL DE LA LENGUA	30
231	C02.1	TUMOR MALIGNO DEL BORDE DE LA LENGUA	30
232	C02.2	TUMOR MALIGNO DE LA CARA VENTRAL DE LA LENGUA	30
233	C02.3	TUMOR MALIGNO DE LOS DOS TERCIOS ANTERIORES DE LA LENGUA, PARTE NO ESPECIFICADA	30
234	C02.4	TUMOR MALIGNO DE LA AMIGDALA LINGUAL	30
235	C02.9	TUMOR MALIGNO DE LA LENGUA, PARTE NO ESPECIFICADA	30
236	C03.0	TUMOR MALIGNO DE LA ENCIA SUPERIOR	14
237	C03.1	TUMOR MALIGNO DE LA ENCIA INFERIOR	14
238	C03.9	TUMOR MALIGNO DE LA ENCIA, PARTE NO ESPECIFICADA	14
239	C04.0	TUMOR MALIGNO DE LA PARTE ANTERIOR DEL PISO DE LA BOCA	30
240	C04.1	TUMOR MALIGNO DE LA PARTE LATERAL DEL PISO DE LA BOCA	30
241	C04.9	TUMOR MALIGNO DEL PISO DE LA BOCA, PARTE NO ESPECIFICADA	30
242	C05.0	TUMOR MALIGNO DEL PALADAR DURO	30
243	C05.1	TUMOR MALIGNO DEL PALADAR BLANDO	30
244	C05.2	TUMOR MALIGNO DE LA UVULA	30
245	C06.9	TUMOR MALIGNO DE LA BOCA, PARTE NO ESPECIFICADA	30
246	C07	TUMOR MALIGNO DE LA GLANDULA PAROTIDA	30
247	C08.0	TUMOR MALIGNO DE LA GLANDULA SUBMAXILAR	30
248	C08.1	TUMOR MALIGNO DE LA GLANDULA SUBLINGUAL	30
249	C08.9	TUMOR MALIGNO DE GLANDULA SALIVAL MAYOR, NO ESPECIFICADA	30
250	C09.0	TUMOR MALIGNO DE LA FOSA AMIGDALINA	30
251	C09.9	TUMOR MALIGNO DE LA AMIGDALA, PARTE NO ESPECIFICADA	30
252	C10.0	TUMOR MALIGNO DE LA VALECULA	30
253	C10.3	TUMOR MALIGNO DE LA PARED POSTERIOR DE LA OROFARINGE	30
254	C10.4	TUMOR MALIGNO DE LA HENDIDURA BRANQUIAL	30
255	C10.9	TUMOR MALIGNO DE LA OROFARINGE, PARTE NO ESPECIFICADA	30
256	C11.0	TUMOR MALIGNO DE LA PARED SUPERIOR DE LA NASOFARINGE	30
257	C11.1	TUMOR MALIGNO DE LA PARED POSTERIOR DE LA NASOFARINGE	30
258	C11.2	TUMOR MALIGNO DE LA PARED LATERAL DE LA NASOFARINGE	30
259	C11.3	TUMOR MALIGNO DE LA PARED ANTERIOR DE LA NASOFARINGE	30
260	C11.9	TUMOR MALIGNO DE LA NASOFARINGE, PARTE NO ESPECIFICADA	30
261	C15.0	TUMOR MALIGNO DEL ESOFAGO, PORCION CERVICAL	30
262	C15.1	TUMOR MALIGNO DEL ESOFAGO, PORCION TORACICA	30
263	C15.2	TUMOR MALIGNO DEL ESOFAGO, PORCION ABDOMINAL	30
264	C15.3	TUMOR MALIGNO DEL TERCIO SUPERIOR DEL ESOFAGO	30
265	C15.4	TUMOR MALIGNO DEL TERCIO MEDIO DEL ESOFAGO	30
266	C15.5	TUMOR MALIGNO DEL TERCIO INFERIOR DEL ESOFAGO	30
267	C15.9	TUMOR MALIGNO DEL ESOFAGO, PARTE NO ESPECIFICADA	30
268	C16.0	TUMOR MALIGNO DEL CARDIAS	30
269	C16.1	TUMOR MALIGNO DEL FUNDUS GASTRICO	30
270	C16.2	TUMOR MALIGNO DEL CUERPO DEL ESTOMAGO	30
271	C16.3	TUMOR MALIGNO DEL ANTRO PILORICO	30
272	C16.4	TUMOR MALIGNO DEL PILORO	30
273	C16.5	TUMOR MALIGNO DE LA CURVATURA MENOR DEL ESTOMAGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	30
274	C16.6	TUMOR MALIGNO DE LA CURVATURA MAYOR DEL ESTOMAGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	30
275	C16.9	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO, PARTE NO ESPECIFICADA	30



**TABLA DE TIEMPO ESTANDAR POR CIE-10**

ITEM	CIE 10	DESCRIPCIÓN	TIEMPO ESTÁNDAR
276	C17.0	TUMOR MALIGNO DEL DUODENO	30
277	C17.1	TUMOR MALIGNO DEL YEYUNO	30
278	C17.2	TUMOR MALIGNO DEL ILEON	30
279	C17.9	TUMOR MALIGNO DEL INTESTINO DELGADO, PARTE NO ESPECIFICADA	30
280	C18.0	TUMOR MALIGNO DEL CIEGO	30
281	C18.1	TUMOR MALIGNO DEL APENDICE	30
282	C18.2	TUMOR MALIGNO DEL COLON ASCENDENTE	30
283	C18.3	TUMOR MALIGNO DEL ANGULO HEPATICO	30
284	C18.4	TUMOR MALIGNO DEL COLON TRANSVERSO	30
285	C18.5	TUMOR MALIGNO DEL ANGULO ESPLENICO	30
286	C18.6	TUMOR MALIGNO DEL COLON DESCENDENTE	30
287	C18.7	TUMOR MALIGNO DEL COLON SIGMOIDE	30
288	C18.9	TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA	30
289	C19	TUMOR MALIGNO DE LA UNION RECTOSIGMOIDEA	30
290	C20	TUMOR MALIGNO DEL RECTO	30
291	C21.0	TUMOR MALIGNO DEL ANO, PARTE NO ESPECIFICADA	30
292	C21.1	TUMOR MALIGNO DEL CONDUCTO ANAL	30
293	C21.2	TUMOR MALIGNO DE LA ZONA CLOACOGENICA	30
294	C22.0	CARCINOMA DE CELULAS HEPATICAS	30
295	C22.1	CARCINOMA DE VIAS BILIARES INTRAHEPATICAS	30
296	C22.2	HEPATOBLASTOMA	30
297	C22.3	ANGIOSARCOMA DEL HIGADO	30
298	C22.4	OTROS SARCOMAS DEL HIGADO	30
299	C22.7	OTROS CARCINOMAS ESPECIFICADOS DEL HIGADO	30
300	C22.9	TUMOR MALIGNO DEL HIGADO, NO ESPECIFICADO	30
301	C23	TUMOR MALIGNO DE LA VESICULA BILIAR	30
302	C24.0	TUMOR MALIGNO DE LAS VIAS BILIARES EXTRAHEPATICAS	30
303	C24.1	TUMOR MALIGNO DE LA AMPOLLA DE VATER	30
304	C24.9	TUMOR MALIGNO DE LAS VIAS BILIARES, PARTE NO ESPECIFICADA	30
305	C25.0	TUMOR MALIGNO DE LA CABEZA DEL PANCREAS	30
306	C25.1	TUMOR MALIGNO DEL CUERPO DEL PANCREAS	30
307	C25.2	TUMOR MALIGNO DE LA COLA DEL PANCREAS	30
308	C25.3	TUMOR MALIGNO DEL CONDUCTO PANCREATICO	30
309	C25.4	TUMOR MALIGNO DEL PANCREAS ENDOCRINO	30
310	C25.7	TUMOR MALIGNO DE OTRAS PARTES ESPECIFICADAS DEL PANCREAS	30
311	C25.9	TUMOR MALIGNO DEL PANCREAS, PARTE NO ESPECIFICADA	30
312	C26.0	TUMOR MALIGNO DEL INTESTINO, PARTE NO ESPECIFICADA	30
313	C26.1	TUMOR MALIGNO DEL BAZO	30
314	C30.0	TUMOR MALIGNO DE LA FOSA NASAL	30
315	C31.0	TUMOR MALIGNO DEL SENOS MAXILAR	30
316	C31.1	TUMOR MALIGNO DEL SENOS ETMOIDAL	30
317	C31.9	TUMOR MALIGNO DE SENOS PARANASAL NO ESPECIFICADO	30
318	C32.0	TUMOR MALIGNO DE LA GLOTIS	30
319	C32.1	TUMOR MALIGNO DE LA REGION SUPRAGLOTICA	30
320	C32.9	TUMOR MALIGNO DE LA LARINGE, PARTE NO ESPECIFICADA	30
321	C33	TUMOR MALIGNO DE LA TRAQUEA	30
322	C34.0	TUMOR MALIGNO DEL BRONQUIO PRINCIPAL	30
323	C34.1	TUMOR MALIGNO DEL LOBULO SUPERIOR, BRONQUIO O PULMON	30
324	C34.2	TUMOR MALIGNO DEL LOBULO MEDIO, BRONQUIO O PULMON	30
325	C34.3	TUMOR MALIGNO DEL LOBULO INFERIOR, BRONQUIO O PULMON	30
326	C34.9	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	30
327	C37	TUMOR MALIGNO DEL TIMO	30
328	C38.0	TUMOR MALIGNO DEL CORAZON	30
329	C38.1	TUMOR MALIGNO DEL MEDIASTINO ANTERIOR	30
330	C38.2	TUMOR MALIGNO DEL MEDIASTINO POSTERIOR	30
331	C38.3	TUMOR MALIGNO DEL MEDIASTINO, PARTE NO ESPECIFICADA	30
332	C38.4	TUMOR MALIGNO DE LA PLEURA	30
333	C39.0	TUMOR MALIGNO DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, PARTE NO ESPECIFICADA	30
334	C40.0	TUMOR MALIGNO DEL OMOPLATO Y DE LOS HUESOS LARGOS DEL MIEMBRO SUPERIOR	30
335	C40.1	TUMOR MALIGNO DE LOS HUESOS CORTOS DEL MIEMBRO SUPERIOR	30
336	C40.2	TUMOR MALIGNO DE LOS HUESOS LARGOS DEL MIEMBRO INFERIOR	30
337	C40.3	TUMOR MALIGNO DE LOS HUESOS CORTOS DEL MIEMBRO INFERIOR	30
338	C40.9	TUMOR MALIGNO DE LOS HUESOS Y DE LOS CARTILAGOS ARTICULARES DE LOS MIEMBROS, SIN OTRA ESPECIFICACION	30
339	C41.0	TUMOR MALIGNO DE LOS HUESOS DEL CRANEO Y DE LA CARA	30
340	C41.1	TUMOR MALIGNO DEL HUESO DEL MAXILAR INFERIOR	30
341	C41.2	TUMOR MALIGNO DE LA COLUMNA VERTEBRAL	30
342	C41.3	TUMOR MALIGNO DE LA COSTILLA, ESTERNON Y CLAVICULA	30
343	C41.4	TUMOR MALIGNO DE LOS HUESOS DE LA PELVIS, SACRO Y COCCIX	30
344	C41.9	TUMOR MALIGNO DEL HUESO Y DEL CARTILAGO ARTICULAR, NO ESPECIFICADO	30

Gerencia de Atención Primaria  
 Subgerencia de Atención Primaria  
 M. PAREDES  
 SUBGERENTE

Gerencia de Atención Primaria  
 Subgerencia de Atención Primaria  
 E. MONTOYA  
 GERENTE

**TABLA DE TIEMPO ESTANDAR POR CIE-10**

ITEM	CIE 10	DESCRIPCIÓN	TIEMPO ESTÁNDAR
345	C43.0	MELANOMA MALIGNO DEL LABIO	30
346	C43.1	MELANOMA MALIGNO DEL PARPADO, INCLUIDA LA COMISURA PALPEBRAL	30
347	C43.2	MELANOMA MALIGNO DE LA OREJA Y DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	30
348	C43.3	MELANOMA MALIGNO DE LAS OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA CARA	30
349	C43.4	MELANOMA MALIGNO DEL CUERO CABELLUDO Y DEL CUELLO	30
350	C43.5	MELANOMA MALIGNO DEL TRONCO	30
351	C43.6	MELANOMA MALIGNO DEL MIEMBRO SUPERIOR, INCLUIDO EL HOMBRO	30
352	C43.7	MELANOMA MALIGNO DEL MIEMBRO INFERIOR, INCLUIDA LA CADERA	30
353	C43.8	MELANOMA MALIGNO DE SITIOS CONTIGUOS DE LA PIEL	30
354	C43.9	MELANOMA MALIGNO DE PIEL, SITIO NO ESPECIFICADO	30
355	C44.0	TUMOR MALIGNO DE LA PIEL DEL LABIO	18
356	C44.1	TUMOR MALIGNO DE LA PIEL DEL PARPADO, INCLUIDA LA COMISURA PALPEBRAL	18
357	C44.2	TUMOR MALIGNO DE LA PIEL DE LA OREJA Y DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	18
358	C44.3	TUMOR MALIGNO DE LA PIEL DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DE LA CARA	18
359	C44.4	TUMOR MALIGNO DE LA PIEL DEL CUERO CABELLUDO Y DEL CUELLO	18
360	C44.5	TUMOR MALIGNO DE LA PIEL DEL TRONCO	18
361	C44.6	TUMOR MALIGNO DE LA PIEL DEL MIEMBRO SUPERIOR, INCLUIDO EL HOMBRO	18
362	C44.7	TUMOR MALIGNO DE LA PIEL DEL MIEMBRO INFERIOR, INCLUIDA LA CADERA	18
363	C44.9	TUMOR MALIGNO DE LA PIEL, SITIO NO ESPECIFICADO	18
364	C45.0	MESOTELIOMA DE LA PLEURA	30
365	C45.9	MESOTELIOMA, DE SITIO NO ESPECIFICADO	30
366	C46.0	SARCOMA DE KAPOSÍ DE LA PIEL	30
367	C46.9	SARCOMA DE KAPOSÍ, DE SITIO NO ESPECIFICADO	30
368	C48.0	TUMOR MALIGNO DEL RETROPERITONEO	30
369	C49.0	TUMOR MALIGNO DEL TEJIDO CONJUNTIVO Y TEJIDO BLANDO DE LA CABEZA, CARA Y CUELLO	30
370	C49.1	TUMOR MALIGNO DEL TEJIDO CONJUNTIVO Y TEJIDO BLANDO DEL MIEMBRO SUPERIOR, INCLUIDO EL HOMBRO	30
371	C49.2	TUMOR MALIGNO DEL TEJIDO CONJUNTIVO Y TEJIDO BLANDO DEL MIEMBRO INFERIOR, INCLUIDA LA CADERA	30
372	C49.3	TUMOR MALIGNO DEL TEJIDO CONJUNTIVO Y TEJIDO BLANDO DEL TORAX	30
373	C49.5	TUMOR MALIGNO DEL TEJIDO CONJUNTIVO Y TEJIDO BLANDO DE LA PELVIS	30
374	C49.9	TUMOR MALIGNO DEL TEJIDO CONJUNTIVO Y TEJIDO BLANDO, DE SITIO NO ESPECIFICADO	30
375	C50.0	TUMOR MALIGNO DEL PEZON Y AREOLA MAMARIA	30
376	C50.1	TUMOR MALIGNO DE LA PORCION CENTRAL DE LA MAMA	30
377	C50.2	TUMOR MALIGNO DEL CUADRANTE SUPERIOR INTERNO DE LA MAMA	30
378	C50.3	TUMOR MALIGNO DEL CUADRANTE INFERIOR INTERNO DE LA MAMA	30
379	C50.4	TUMOR MALIGNO DEL CUADRANTE SUPERIOR EXTERNO DE LA MAMA	30
380	C50.5	TUMOR MALIGNO DEL CUADRANTE INFERIOR EXTERNO DE LA MAMA	30
381	C50.6	TUMOR MALIGNO DE LA PROLONGACION AXILAR DE LA MAMA	30
382	C50.9	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	30
383	C51.9	TUMOR MALIGNO DE LA VULVA, PARTE NO ESPECIFICADA	30
384	C52	TUMOR MALIGNO DE LA VAGINA	30
385	C53.0	TUMOR MALIGNO DEL ENDOCERVIX	30
386	C53.1	TUMOR MALIGNO DEL EXOCERVIX	30
387	C53.9	TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION	30
388	C54.0	TUMOR MALIGNO DEL ISTMO UTERINO	30
389	C54.1	TUMOR MALIGNO DEL ENDOMETRIO	30
390	C54.2	TUMOR MALIGNO DEL MIOMETRIO	30
391	C54.3	TUMOR MALIGNO DEL FONDO DEL UTERO	30
392	C54.9	TUMOR MALIGNO DEL CUERPO DEL UTERO, PARTE NO ESPECIFICADA	30
393	C55	TUMOR MALIGNO DEL UTERO, PARTE NO ESPECIFICADA	30
394	C56	TUMOR MALIGNO DEL OVARIO	30
395	C57.0	TUMOR MALIGNO DE LA TROMPA DE FALOPIO	30
396	C57.4	TUMOR MALIGNO DE LOS ANEXOS UTERINOS, SIN OTRA ESPECIFICACION	30
397	C57.9	TUMOR MALIGNO DE ORGANOS GENITALES FEMENINOS, PARTE NO ESPECIFICADA	30
398	C58	TUMOR MALIGNO DE LA PLACENTA	30
399	C60.0	TUMOR MALIGNO DEL PREPUCIO	30
400	C60.1	TUMOR MALIGNO DEL GLANDE	30
401	C60.2	TUMOR MALIGNO DEL CUERPO DEL PENE	30
402	C60.9	TUMOR MALIGNO DEL PENE, PARTE NO ESPECIFICADA	30
403	C61	TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA	30
404	C62.0	TUMOR MALIGNO DEL TESTICULO NO DESCENDIDO	30
405	C62.1	TUMOR MALIGNO DEL TESTICULO DESCENDIDO	30
406	C62.9	TUMOR MALIGNO DEL TESTICULO, NO ESPECIFICADO	30
407	C63.0	TUMOR MALIGNO DEL EPIDIDIMO	30
408	C63.1	TUMOR MALIGNO DEL CORDON ESPERMATICO	30
409	C63.9	TUMOR MALIGNO DE ORGANOS GENITALES MASCULINOS, PARTE NO ESPECIFICADA	30
410	C64	TUMOR MALIGNO DEL RIÑON, EXCEPTO DE LA PELVIS RENAL	30
411	C65	TUMOR MALIGNO DE LA PELVIS RENAL	30
412	C66	TUMOR MALIGNO DEL URETER	30
413	C67.0	TUMOR MALIGNO DEL TRIGONO VESICAL	30



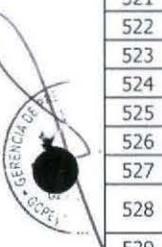
**TABLA DE TIEMPO ESTANDAR POR CIE-10**

ITEM	CIE 10	DESCRIPCIÓN	TIEMPO ESTÁNDAR
414	C67.1	TUMOR MALIGNO DE LA CUPULA VESICAL	30
415	C67.2	TUMOR MALIGNO DE LA PARED LATERAL DE LA VEJIGA	30
416	C67.4	TUMOR MALIGNO DE LA PARED POSTERIOR DE LA VEJIGA	30
417	C67.9	TUMOR MALIGNO DE LA VEJIGA URINARIA, PARTE NO ESPECIFICADA	30
418	C68.0	TUMOR MALIGNO DE LA URETRA	30
419	C69.0	TUMOR MALIGNO DE LA CONJUNTIVA	30
420	C69.6	TUMOR MALIGNO DE LA ORBITA	30
421	C69.9	TUMOR MALIGNO DEL OJO, PARTE NO ESPECIFICADA	30
422	C70.0	TUMOR MALIGNO DE LAS MENINGES CEREBRALES	30
423	C70.1	TUMOR MALIGNO DE LAS MENINGES RAQUIDEAS	30
424	C71.0	TUMOR MALIGNO DEL CEREBRO, EXCEPTO LOBULOS Y VENTRICULOS	30
425	C71.1	TUMOR MALIGNO DEL LOBULO FRONTAL	30
426	C71.2	TUMOR MALIGNO DEL LOBULO TEMPORAL	30
427	C71.3	TUMOR MALIGNO DEL LOBULO PARIETAL	30
428	C71.4	TUMOR MALIGNO DEL LOBULO OCCIPITAL	30
429	C71.5	TUMOR MALIGNO DEL VENTRICULO CEREBRAL	30
430	C71.6	TUMOR MALIGNO DEL CEREBELO	30
431	C71.7	TUMOR MALIGNO DEL PEDUNCULO CEREBRAL	30
432	C71.9	TUMOR MALIGNO DEL ENCEFALO, PARTE NO ESPECIFICADA	30
433	C72.0	TUMOR MALIGNO DE LA MEDULA ESPINAL	30
434	C72.9	TUMOR MALIGNO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	30
435	C73	TUMOR MALIGNO DE LA GLANDULA TIROIDES	30
436	C75.0	TUMOR MALIGNO DE LA GLANDULA PARATIROIDES	30
437	C75.1	TUMOR MALIGNO DE LA HIPOFISIS	30
438	C75.9	TUMOR MALIGNO DE GLANDULA ENDOCRINA NO ESPECIFICADA	30
439	C76.0	TUMOR MALIGNO DE LA CABEZA, CARA Y CUELLO	30
440	C76.1	TUMOR MALIGNO DEL TORAX	30
441	C76.2	TUMOR MALIGNO DEL ABDOMEN	30
442	C76.5	TUMOR MALIGNO DEL MIEMBRO INFERIOR	30
443	C77.0	TUMOR MALIGNO DE LOS GANGLIOS LINFATICOS DE LA CABEZA, CARA Y CUELLO	30
444	C78.0	TUMOR MALIGNO SECUNDARIO DEL PULMON	30
445	C78.7	TUMOR MALIGNO SECUNDARIO DEL HIGADO	30
446	C79.3	TUMOR MALIGNO SECUNDARIO DEL ENCEFALO Y DE LAS MENINGES CEREBRALES	30
447	C80	TUMOR MALIGNO DE SITIOS NO ESPECIFICADOS	30
448	C81.0	ENFERMEDAD DE HODGKIN CON PREDOMINIO LINFOCITICO	30
449	C81.1	ENFERMEDAD DE HODGKIN CON ESCLEROSIS NODULAR	30
450	C81.2	ENFERMEDAD DE HODGKIN CON CELULARIDAD MIXTA	30
451	C81.3	ENFERMEDAD DE HODGKIN CON DEPLECION LINFOCITICA	30
452	C81.9	ENFERMEDAD DE HODGKIN, NO ESPECIFICADA	30
453	C82.0	LINFOMA NO HODGKIN DE CELULAS PEQUEÑAS HENDIDAS, FOLICULAR	30
454	C82.2	LINFOMA NO HODGKIN DE CELULAS GRANDES, FOLICULAR	30
455	C82.9	LINFOMA NO HODGKIN FOLICULAR, SIN OTRA ESPECIFICACION	30
456	C83.0	LINFOMA NO HODGKIN DE CELULAS PEQUEÑAS (DIFUSO)	30
457	C83.1	LINFOMA NO HODGKIN DE CELULAS PEQUEÑAS HENDIDAS (DIFUSO)	30
458	C83.2	LINFOMA NO HODGKIN MIXTO, DE CELULAS PEQUEÑAS Y GRANDES (DIFUSO)	30
459	C83.3	LINFOMA NO HODGKIN DE CELULAS GRANDES (DIFUSO)	30
460	C83.9	LINFOMA NO HODGKIN DIFUSO, SIN OTRA ESPECIFICACION	30
461	C84.0	MICOSIS FUNGOIDE	30
462	C84.4	LINFOMA DE CELULAS T PERIFERICO	30
463	C85.0	LINFOSARCOMA	30
464	C85.1	LINFOMA DE CELULAS B, SIN OTRA ESPECIFICACION	30
465	C85.9	LINFOMA NO HODGKIN, NO ESPECIFICADO	30
466	C90.0	MIELOMA MULTIPLE	30
467	C90.1	LEUCEMIA DE CELULAS PLASMATICAS	30
468	C90.2	PLASMOCITOMA, EXTRAMEDULAR	30
469	C91.0	LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA	30
470	C91.1	LEUCEMIA LINFOCITICA CRONICA	30
471	C92.0	LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA	30
472	C92.1	LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA	30
473	C92.4	LEUCEMIA PROMIELOCITICA AGUDA	30
474	C95.9	LEUCEMIA, NO ESPECIFICADA	30
475	D00.2	CARCINOMA IN SITU DEL ESTOMAGO	30
476	D01.0	CARCINOMA IN SITU DEL COLON	30
477	D01.9	CARCINOMA IN SITU DE ORGANOS DIGESTIVOS NO ESPECIFICADOS	30
478	D03.3	MELANOMA IN SITU DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DE LA CARA	30
479	D03.9	MELANOMA IN SITU, SITIO NO ESPECIFICADO	30
480	D04.3	CARCINOMA IN SITU DE LA PIEL DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DE LA CARA	30
481	D04.9	CARCINOMA IN SITU DE LA PIEL, SITIO NO ESPECIFICADO	30
482	D05.0	CARCINOMA IN SITU LOBULAR	30



**TABLA DE TIEMPO ESTANDAR POR CIE-10**

ITEM	CIE 10	DESCRIPCIÓN	TIEMPO ESTÁNDAR
483	D05.9	CARCINOMA IN SITU DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	30
484	D06.0	CARCINOMA IN SITU DEL ENDOCERVIX	30
485	D06.1	CARCINOMA IN SITU DEL EXOCERVIX	30
486	D06.9	CARCINOMA IN SITU DEL CUELLO DEL UTERO, PARTE NO ESPECIFICADA	30
487	D09.0	CARCINOMA IN SITU DE LA VEJIGA	30
488	D09.3	CARCINOMA IN SITU DE LA GLANDULA TIROIDES Y DE OTRAS GLANDULAS ENDOCRINAS	30
489	D10.0	TUMOR BENIGNO DEL LABIO	25
490	D10.1	TUMOR BENIGNO DE LA LENGUA	25
491	D10.2	TUMOR BENIGNO DEL PISO DE LA BOCA	25
492	D10.3	TUMOR BENIGNO DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DE LA BOCA	25
493	D10.4	TUMOR BENIGNO DE LA AMIGDALA	18
494	D10.6	TUMOR BENIGNO DE LA NASOFARINGE	25
495	D10.7	TUMOR BENIGNO DE LA HIPOFARINGE	25
496	D10.9	TUMOR BENIGNO DE LA FARINGE, PARTE NO ESPECIFICADA	25
497	D11.0	TUMOR BENIGNO DE LA GLANDULA PAROTIDA	25
498	D11.7	TUMOR BENIGNO DE OTRAS GLANDULAS SALIVALES MAYORES ESPECIFICADAS	25
499	D11.9	TUMOR BENIGNO DE LA GLANDULA SALIVAL MAYOR, SIN OTRA ESPECIFICACION	25
500	D12.0	TUMOR BENIGNO DEL CIEGO	25
501	D12.2	TUMOR BENIGNO DEL COLON ASCENDENTE	25
502	D12.5	TUMOR BENIGNO DEL COLON SIGMOIDE	25
503	D12.6	TUMOR BENIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA	25
504	D12.8	TUMOR BENIGNO DEL RECTO	25
505	D12.9	TUMOR BENIGNO DEL CONDUCTO ANAL Y DEL ANO	25
506	D13.0	TUMOR BENIGNO DEL ESOFAGO	25
507	D13.1	TUMOR BENIGNO DEL ESTOMAGO	25
508	D13.2	TUMOR BENIGNO DEL DUODENO	25
509	D13.4	TUMOR BENIGNO DEL HIGADO	25
510	D13.5	TUMOR BENIGNO DE LAS VIAS BILIARES EXTRAHEPATICAS	25
511	D13.6	TUMOR BENIGNO DEL PANCREAS	25
512	D14.0	TUMOR BENIGNO DEL OIDO MEDIO, DE LA CAVIDAD NASAL Y DE LOS SENOS PARANASALES	25
513	D14.1	TUMOR BENIGNO DE LA LARINGE	25
514	D14.3	TUMOR BENIGNO DE LOS BRONQUIOS Y DEL PULMON	25
515	D16.0	TUMOR BENIGNO DEL OMOPLATO Y HUESOS LARGOS DEL MIEMBRO SUPERIOR	25
516	D16.1	TUMOR BENIGNO DE LOS HUESOS CORTOS DEL MIEMBRO SUPERIOR	25
517	D16.2	TUMOR BENIGNO DE LOS HUESOS LARGOS DEL MIEMBRO INFERIOR	25
518	D16.3	TUMOR BENIGNO DE LOS HUESOS CORTOS DEL MIEMBRO INFERIOR	25
519	D16.4	TUMOR BENIGNO DE LOS HUESOS DEL CRANEYO Y DE LA CARA	18
520	D16.5	TUMOR BENIGNO DEL MAXILAR INFERIOR	18
521	D16.6	TUMOR BENIGNO DE LA COLUMNA VERTEBRAL	25
522	D16.7	TUMOR BENIGNO DE LAS COSTILLAS, ESTERNON Y CLAVICULA	25
523	D16.8	TUMOR BENIGNO DE LOS HUESOS PELVICOS, SACRO Y COCCIX	25
524	D16.9	TUMOR BENIGNO DEL HUESO Y DEL CARTILAGO ARTICULAR, SITIO NO ESPECIFICADO	25
525	D17.0	TUMOR BENIGNO LIPOMATOSO DE PIEL Y DE TEJIDO SUBCUTANEO DE CABEZA, CARA Y CUELLO	9
526	D17.1	TUMOR BENIGNO LIPOMATOSO DE PIEL Y DE TEJIDO SUBCUTANEO DEL TRONCO	6
527	D17.2	TUMOR BENIGNO LIPOMATOSO DE PIEL Y DE TEJIDO SUBCUTANEO DE MIEMBROS	6
528	D17.3	TUMOR BENIGNO LIPOMATOSO DE PIEL Y DE TEJIDO SUBCUTANEO DE OTROS SITIOS Y DE LOS NO ESPECIFICADOS	6
529	D17.4	TUMOR BENIGNO LIPOMATOSO DE LOS ORGANOS INTRATORACICOS	10
530	D17.7	TUMOR BENIGNO LIPOMATOSO DE OTROS SITIOS ESPECIFICADOS	6
531	D17.9	TUMOR BENIGNO LIPOMATOSO, DE SITIO NO ESPECIFICADO	6
532	D18.0	HEMANGIOMA, DE CUALQUIER SITIO	25
533	D18.1	LINFANGIOMA, DE CUALQUIER SITIO	25
534	D20.0	TUMOR BENIGNO DEL RETROPERITONEO	25
535	D21.0	TUMOR BENIGNO DEL TEJIDO CONJUNTIVO Y DE OTROS TEJIDOS BLANDOS DE CABEZA, CARA Y CUELLO	25
536	D21.1	TUMOR BENIGNO DEL TEJIDO CONJUNTIVO Y DE OTROS TEJIDOS BLANDOS DEL MIEMBRO SUPERIOR, INCLUIDO EL HOMBRO	25
537	D21.2	TUMOR BENIGNO DEL TEJIDO CONJUNTIVO Y DE OTROS TEJIDOS BLANDOS DEL MIEMBRO INFERIOR, INCLUIDA LA CADERA	25
538	D21.3	TUMOR BENIGNO DEL TEJIDO CONJUNTIVO Y DE OTROS TEJIDOS BLANDOS DEL TORAX	25
539	D21.4	TUMOR BENIGNO DEL TEJIDO CONJUNTIVO Y OTROS TEJIDOS BLANDOS DEL ABDOMEN	25
540	D21.5	TUMOR BENIGNO DEL TEJIDO CONJUNTIVO Y OTROS TEJIDOS BLANDOS DE LA PELVIS	25
541	D21.6	TUMOR BENIGNO DEL TEJIDO CONJUNTIVO Y OTROS TEJIDOS BLANDOS DEL TRONCO, SIN OTRA ESPECIFICACION	25
542	D21.9	TUMOR BENIGNO DEL TEJIDO CONJUNTIVO Y OTROS TEJIDOS BLANDOS, DE SITIO NO ESPECIFICADO	25
543	D22.0	NEVO MELANOCITICO DEL LABIO	10
544	D22.1	NEVO MELANOCITICO DEL PARIADO, INCLUIDA LA COMISURA PALPEBRAL	10
545	D22.3	NEVO MELANOCITICO DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DE LA CARA	10
546	D22.4	NEVO MELANOCITICO DEL CUERO CABELLUDO Y DEL CUELLO	10
547	D22.5	NEVO MELANOCITICO DEL TRONCO	10
548	D22.6	NEVO MELANOCITICO DEL MIEMBRO SUPERIOR, INCLUIDO EL HOMBRO	10
549	D22.7	NEVO MELANOCITICO DEL MIEMBRO INFERIOR, INCLUIDA LA CADERA	10



**TABLA DE TIEMPO ESTANDAR POR CIE-10**

ITEM	CIE 10	DESCRIPCIÓN	TIEMPO ESTÁNDAR
550	D22.9	NEVO MELANOCITICO, SITIO NO ESPECIFICADO	10
551	D23.0	TUMOR BENIGNO DE LA PIEL DEL LABIO	10
552	D23.1	TUMOR BENIGNO DE LA PIEL DEL PARPADO, INCLUIDA LA COMISURA PALPEBRAL	10
553	D23.2	TUMOR BENIGNO DE LA PIEL DE LA OREJA Y DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	10
554	D23.3	TUMOR BENIGNO DE LA PIEL DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DE LA CARA	10
555	D23.4	TUMOR BENIGNO DE LA PIEL DEL CUERO CABELLUDO Y DEL CUELLO	10
556	D23.5	TUMOR BENIGNO DE LA PIEL DEL TRONCO	10
557	D23.6	TUMOR BENIGNO DE LA PIEL DEL MIEMBRO SUPERIOR, INCLUIDO EL HOMBRO	10
558	D23.7	TUMOR BENIGNO DE LA PIEL DEL MIEMBRO INFERIOR, INCLUIDA LA CADERA	10
559	D23.9	TUMOR BENIGNO DE LA PIEL, SITIO NO ESPECIFICADO	10
560	D24	TUMOR BENIGNO DE LA MAMA	18
561	D25.0	LEIOMIOMA SUBMUCOSO DEL UTERO	25
562	D25.1	LEIOMIOMA INTRAMURAL DEL UTERO	25
563	D25.2	LEIOMIOMA SUBSEROSO DEL UTERO	25
564	D25.9	LEIOMIOMA DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION	25
565	D26.0	TUMOR BENIGNO DEL CUELLO DEL UTERO	18
566	D26.1	TUMOR BENIGNO DEL CUERPO DEL UTERO	25
567	D26.9	TUMOR BENIGNO DEL UTERO, PARTE NO ESPECIFICADA	25
568	D27	TUMOR BENIGNO DEL OVARIO	25
569	D28.0	TUMOR BENIGNO DE LA VULVA	25
570	D28.9	TUMOR BENIGNO DE ORGANOS GENITALES FEMENINOS, SITIO NO ESPECIFICADO	25
571	D29.1	TUMOR BENIGNO DE LA PROSTATA	25
572	D29.2	TUMOR BENIGNO DE LOS TESTICULOS	25
573	D29.3	TUMOR BENIGNO DEL EPIDIDIMO	25
574	D30.0	TUMOR BENIGNO DEL RIÑON	25
575	D31.0	TUMOR BENIGNO DE LA CONJUNTIVA	18
576	D31.6	TUMOR BENIGNO DE LA ORBITA, PARTE NO ESPECIFICADA	18
577	D32.0	TUMOR BENIGNO DE LAS MENINGES CEREBRALES	25
578	D32.1	TUMOR BENIGNO DE LAS MENINGES RAQUIDEAS	25
579	D32.9	TUMOR BENIGNO DE LAS MENINGES, PARTE NO ESPECIFICADA	25
580	D33.0	TUMOR BENIGNO DEL ENCEFALO, SUPRATENTORIAL	25
581	D33.1	TUMOR BENIGNO DEL ENCEFALO, INFRATENTORIAL	25
582	D33.2	TUMOR BENIGNO DEL ENCEFALO, PARTE NO ESPECIFICADA	25
583	D33.3	TUMOR BENIGNO DE LOS NERVIOS CRANEALES	25
584	D33.4	TUMOR BENIGNO DE LA MEDULA ESPINAL	25
585	D33.7	TUMOR BENIGNO DE OTRAS PARTES ESPECIFICADAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	25
586	D33.9	TUMOR BENIGNO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, SITIO NO ESPECIFICADO	25
587	D34	TUMOR BENIGNO DE LA GLANDULA TIROIDES	25
588	D35.0	TUMOR BENIGNO DE LA GLANDULA SUPRARRENAL	25
589	D35.1	TUMOR BENIGNO DE LA GLANDULA PARATIROIDES	25
590	D35.2	TUMOR BENIGNO DE LA HIPOFISIS	25
591	D35.3	TUMOR BENIGNO DEL CONDUCTO CRANEOFARINGEO	25
592	D35.5	TUMOR BENIGNO DEL CUERPO CAROTIDEO	25
593	D36.0	TUMOR BENIGNO DE LOS GANGLIOS LINFATICOS	25
594	D36.1	TUMOR BENIGNO DE LOS NERVIOS PERIFERICOS Y DEL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO	25
595	D36.7	TUMOR BENIGNO DE OTROS SITIOS ESPECIFICADOS	18
596	D36.9	TUMOR BENIGNO DE SITIO NO ESPECIFICADO	18
597	D37.0	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL LABIO, DE LA CAVIDAD BUCAL Y DE LA FARINGE	18
598	D37.1	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL ESTOMAGO	18
599	D37.4	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL COLON	18
600	D37.5	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL RECTO	18
601	D37.6	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL HIGADO, DE LA VESICULA BILIAR Y DEL CONDUCTO BILIAR	18
602	D37.7	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE OTROS ORGANOS DIGESTIVOS ESPECIFICADOS	18
603	D37.9	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE ORGANOS DIGESTIVOS, SITIO NO ESPECIFICADO	18
604	D38.0	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DG LARINGE	18
605	D38.1	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE LA TRAQUEA, DE LOS BRONQUIOS Y DEL PULMON	18
606	D38.3	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL MEDIASTINO	18
607	D38.6	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE ORGANOS RESPIRATORIOS, SITIO NO ESPECIFICADO	18
608	D39.0	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL UTERO	18
609	D39.1	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL OVARIO	18
610	D39.9	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE ORGANOS GENITALES FEMENINOS NO ESPECIFICADOS	18
611	D40.1	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL TESTICULO	18
612	D41.0	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL RIÑON	18
613	D43.0	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL ENCEFALO, SUPRATENTORIAL	18
614	D43.2	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL ENCEFALO, PARTE NO ESPECIFICADA	18



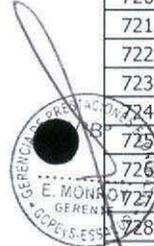
**TABLA DE TIEMPO ESTANDAR POR CIE-10**

ITEM	CIE 10	DESCRIPCIÓN	TIEMPO ESTÁNDAR
615	D43.9	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, SITIO NO ESPECIFICADO	18
616	D44.0	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE LA GLANDULA TIROIDES	18
617	D44.3	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE LA GLANDULA HIPOFISIS	18
618	D44.9	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE GLANDULA ENDOCRINA NO ESPECIFICADA	18
619	D45	POLICITEMIA VERA	10
620	D46.0	ANEMIA REFRACTARIA SIN SIDEROBLASTOS, ASI DESCRITA	10
621	D46.9	SINDROME MIELODISPLASICO, SIN OTRA ESPECIFICACION	18
622	D47.9	TUMORES DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL TEJIDO LINFATICO, DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS Y TEJIDOS AFINES NO ESPECIFICADOS	18
623	D48.0	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL HUESO Y CARTILAGO ARTICULAR	18
624	D48.1	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL TEJIDO CONJUNTIVO Y OTRO TEJIDO BLANDO	18
625	D48.5	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE LA PIEL	18
626	D48.6	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE LA MAMA	18
627	D48.7	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE OTROS SITIOS ESPECIFICADOS	18
628	D48.9	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO, DE SITIO NO ESPECIFICADO	18
629	D50.0	ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SECUNDARIA A PERDIDA DE SANGRE (CRONICA)	2
630	D50.8	OTRAS ANEMIAS POR DEFICIENCIA DE HIERRO	2
631	D50.9	ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN OTRA ESPECIFICACION	2
632	D51.0	ANEMIA POR DEFICIENCIA DE VITAMINA B12 DEBIDA A DEFICIENCIA DEL FACTOR INTRINSECO	2
633	D51.9	ANEMIA POR DEFICIENCIA DE VITAMINA B12, SIN OTRA ESPECIFICACION	2
634	D53.9	ANEMIA NUTRICIONAL, NO ESPECIFICADA	2
635	D59.0	ANEMIA HEMOLITICA AUTOINMUNE INDUCIDA POR DROGAS	10
636	D59.1	OTRAS ANEMIAS HEMOLITICAS AUTOINMUNES	10
637	D59.5	HEMOGLOBINURIA PAROXISTICA NOCTURNA [MARCHIAFAVA-MICHELI]	8
638	D59.9	ANEMIA HEMOLITICA ADQUIRIDA, SIN OTRA ESPECIFICACION	12
639	D61.3	ANEMIA APLASTICA IDIOPATICA	12
640	D62	ANEMIA POSTHEMORRAGICA AGUDA	7
641	D63.8	ANEMIA EN OTRAS ENFERMEDADES CRONICAS CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	2
642	D64.9	ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO	1
643	D66	DEFICIENCIA HEREDITARIA DEL FACTOR VIII	12
644	D68.0	ENFERMEDAD DE VON WILLEBRAND	12
645	D68.9	DEFECTO DE LA COAGULACION, NO ESPECIFICADO	12
646	D69.0	PURPURA ALERGICA	12
647	D69.3	PUPURA TROMBOCITOPENICA IDIOPATICA	12
648	D69.6	TROMBOCITOPENIA NO ESPECIFICADA	12
649	D69.9	AFECCION HEMORRAGICA, NO ESPECIFICADA	12
650	D75.1	POLICITEMIA SECUNDARIA	4
651	D75.2	TROMBOCITOSIS ESENCIAL	2
652	D86.8	SARCIDOSIS DE OTROS SITIOS ESPECIFICADOS O DE SITIOS COMBINADOS	25
653	E01.0	BOCIO DIFUSO (ENDEMICO) RELACIONADO CON DEFICIENCIA DE YODO	18
654	E02	HIPOTIROIDISMO SUBCLINICO POR DEFICIENCIA DE YODO	18
655	E03.0	HIPOTIROIDISMO CONGENITO CON BOCIO DIFUSO	18
656	E03.1	HIPOTIROIDISMO CONGENITO SIN BOCIO	18
657	E03.2	HIPOTIROIDISMO DEBIDO A MEDICAMENTOS Y A OTRAS SUSTANCIAS EXOGENAS	18
658	E03.4	ATROFIA DE TIROIDES (ADQUIRIDA)	18
659	E03.8	OTROS HIPOTIROIDISMOS ESPECIFICADOS	18
660	E03.9	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	18
661	E04.0	BOCIO DIFUSO NO TOXICO	18
662	E04.1	NODULO TIROIDEO SOLITARIO NO TOXICO	18
663	E04.2	BOCIO MULTINODULAR NO TOXICO	18
664	E04.9	BOCIO NO TOXICO, NO ESPECIFICADO	18
665	E05.0	TIROTOXICOSIS CON BOCIO DIFUSO	18
666	E05.1	TIROTOXICOSIS CON NODULO SOLITARIO TIROIDEO TOXICO	18
667	E05.2	TIROTOXICOSIS CON BOCIO MULTINODULAR TOXICO	18
668	E05.9	TIROTOXICOSIS, NO ESPECIFICADA	18
669	E06.0	TIROIDITIS AGUDA	18
670	E06.1	TIROIDITIS SUBAGUDA	18
671	E06.3	TIROIDITIS AUTOINMUNE	18
672	E06.9	TIROIDITIS, NO ESPECIFICADA	18
673	E10.4	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE, CON COMPLICACIONES NEUROLOGICAS	25
674	E10.5	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE, CON COMPLICACIONES CIRCULATORIAS PERIFERICAS	25
675	E10.6	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE, CON OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS	25
676	E10.7	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE, CON COMPLICACIONES MULTIPLES	25
677	E10.9	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE, SIN MENCION DE COMPLICACION	14
678	E11.1	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, CON CETOACIDOSIS	25
679	E11.2	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, CON COMPLICACIONES RENALES	25
680	E11.3	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, CON COMPLICACIONES OFTALMICAS	25
681	E11.4	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, CON COMPLICACIONES NEUROLOGICAS	25
682	E11.5	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, CON COMPLICACIONES CIRCULATORIAS PERIFERICAS	25



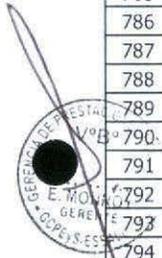
**TABLA DE TIEMPO ESTANDAR POR CIE-10**

ITEM	CIE 10	DESCRIPCIÓN	TIEMPO ESTÁNDAR
683	E11.6	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, CON OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS	25
684	E11.7	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, CON COMPLICACIONES MULTIPLES	25
685	E11.9	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, SIN MENCION DE COMPLICACION	14
686	E12.6	DIABETES MELLITUS ASOCIADA CON DESNUTRICION, CON OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS	25
687	E12.9	DIABETES MELLITUS ASOCIADA CON DESNUTRICION, SIN MENCION DE COMPLICACION	14
688	E13.4	DIABETES MELLITUS ESPECIFICADA, CON COMPLICACIONES NEUROLOGICAS	25
689	E13.5	DIABETES MELLITUS ESPECIFICADA, CON COMPLICACIONES CIRCULATORIAS PERIFERICAS	25
690	E13.6	DIABETES MELLITUS ESPECIFICADA, CON OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS	25
691	E13.7	DIABETES MELLITUS ESPECIFICADA, CON COMPLICACIONES MULTIPLES	25
692	E13.9	DIABETES MELLITUS ESPECIFICADA, SIN MENCION DE COMPLICACION	14
693	E14.4	DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA, CON COMPLICACIONES NEUROLOGICAS	25
694	E14.5	DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA, CON COMPLICACIONES CIRCULATORIAS PERIFERICAS	25
695	E14.6	DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA, CON OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS	25
696	E14.7	DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA, CON COMPLICACIONES MULTIPLES	25
697	E14.9	DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA, SIN MENCION DE COMPLICACION	14
698	E16.2	HIPOGLICEMIA, NO ESPECIFICADA	10
699	E16.8	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LA SECRECION INTERNA DEL PANCREAS	10
700	E21.0	HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO	25
701	E22.0	ACROMEGALIA Y GIGANTISMO HIPOFISARIO	25
702	E22.1	HIPERPROLACTINEMIA	25
703	E23.0	HIPOPITUITARISMO	25
704	E24.9	SINDROME DE CUSHING, NO ESPECIFICADO	25
705	E27.1	INSUFICIENCIA CORTICOSUPRARRENAL PRIMARIA	25
706	E28.2	SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO	25
707	E28.9	DISFUNCION OVARICA, NO ESPECIFICADA	1
708	E46	DESNUTRICION PROTEICOALORICA, NO ESPECIFICADA	1
709	E66.0	OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS	1
710	E66.9	OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	1
711	E78.0	HIPERCOLESTEROLEMIA PURA	1
712	E78.1	HIPERGLICERIDEMIA PURA	1
713	E78.2	HIPERLIPIDEMIA MIXTA	1
714	E78.5	HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA	1
715	E78.9	TRASTORNO DEL METABOLISMO DE LAS LIPOPROTEINAS, NO ESPECIFICADO	1
716	E79.0	HIPERURICEMIA SIN SIGNOS DE ARTRITIS INFLAMATORIA Y ENFERMEDAD TOFACEA	1
717	E86	DEPLECION DEL VOLUMEN	1
718	E88.1	LIPODISTROFIA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	18
719	E88.2	LIPOMATOSIS, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	3
720	E88.9	TRASTORNO METABOLICO, NO ESPECIFICADO	2
721	E89.0	HIPOTIROIDISMO CONSECUTIVO A PROCEDIMIENTOS	18
722	E89.3	HIPOPITUITARISMO CONSECUTIVO A PROCEDIMIENTOS	18
723	E90	TRASTORNOS NUTRICIONALES Y METABOLICOS EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	1
724	F00.0	DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, DE COMIENZO TEMPRANO (G30.0+)	30
725	F03	DEMENCIA, NO ESPECIFICADA	30
726	F06.2	TRASTORNO DELIRANTE [ESQUIZOFRENIFORME], ORGANICO	30
727	F06.3	TRASTORNOS DEL HUMOR [AFECTIVOS], ORGANICOS	10
728	F06.4	TRASTORNO DE ANSIEDAD, ORGANICO	10
729	F06.9	TRASTORNO MENTAL NO ESPECIFICADO DEBIDO A LESION Y DISFUNCION CEREBRAL Y A ENFERMEDAD FISICA	10
730	F07.0	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD, ORGANICO	10
731	F07.2	SINDROME POSTCONCUSIONAL	30
732	F10.0	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE ALCOHOL, INTOXICACION AGUDA	10
733	F10.2	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE ALCOHOL, SINDROME DE DEPENDENCIA	10
734	F10.3	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE ALCOHOL, ESTADO DE ABSTINENCIA	10
735	F10.9	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE ALCOHOL, TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO	10
736	F11.2	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIACEOS, SINDROME DE DEPENDENCIA	10
737	F19.2	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS	10
738	F20.0	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	30
739	F20.4	DEPRESION POSTESQUIZOFRENICA	30
740	F20.5	ESQUIZOFRENIA RESIDUAL	18
741	F20.9	ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA	18
742	F22.0	TRASTORNO DELIRANTE	10
743	F23.0	TRASTORNO PSICOTICO AGUDO POLIMORFO, SIN SINTOMAS DE ESQUIZOFRENIA	17
744	F23.1	TRASTORNO PSICOTICO AGUDO POLIMORFO, CON SINTOMAS DE ESQUIZOFRENIA	18
745	F25.0	TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO DE TIPO MANIACO	30
746	F25.1	TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO DE TIPO DEPRESIVO	30
747	F25.2	TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO DE TIPO MIXTO	30
748	F29	PSICOSIS DE ORIGEN NO ORGANICO, NO ESPECIFICADA	17



**TABLA DE TIEMPO ESTANDAR POR CIE-10**

ITEM	CIE 10	DESCRIPCIÓN	TIEMPO ESTÁNDAR
749	F31.0	TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO HIPOMANIACO PRESENTE	10
750	F31.1	TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PRESENTE SIN SINTOMAS PSICOTICOS	10
751	F31.2	TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PRESENTE CON SINTOMAS PSICOTICOS	10
752	F31.3	TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO DEPRESIVO PRESENTE LEVE O MODERADO	10
753	F31.4	TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO DEPRESIVO GRAVE PRESENTE SIN SINTOMAS PSICOTICOS	10
754	F31.6	TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MIXTO PRESENTE	10
755	F31.7	TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, ACTUALMENTE EN REMISION	10
756	F31.9	TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, NO ESPECIFICADO	10
757	F32.0	EPISODIO DEPRESIVO LEVE	10
758	F32.1	EPISODIO DEPRESIVO MODERADO	15
759	F32.2	EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS	18
760	F32.3	EPISODIO DEPRESIVO GRAVE CON SINTOMAS PSICOTICOS	18
761	F32.8	OTROS EPISODIOS DEPRESIVOS	10
762	F32.9	EPISODIO DEPRESIVO, NO ESPECIFICADO	10
763	F33.0	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO LEVE PRESENTE	10
764	F33.1	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO MODERADO PRESENTE	15
765	F33.2	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO DEPRESIVO GRAVE PRESENTE SIN SINTOMAS PSICOTICOS	18
766	F33.3	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO DEPRESIVO GRAVE PRESENTE, CON SINTOMAS PSICOTICOS	18
767	F33.8	OTROS TRASTORNOS DEPRESIVOS RECURRENTES	10
768	F33.9	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, NO ESPECIFICADO	10
769	F34.0	CICLOTIMIA	17
770	F34.1	DISTIMIA	12
771	F40.0	AGORAFOBIA	12
772	F40.9	TRASTORNO FOBICO DE ANSIEDAD, NO ESPECIFICADO	4
773	F41.0	TRASTORNO DE PANICO [ANSIEDAD PAROXISTICA EPISODICA]	18
774	F41.1	TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	18
775	F41.2	TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	14
776	F41.3	OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD MIXTOS	10
777	F41.8	OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD ESPECIFICADOS	3
778	F41.9	TRASTORNO DE ANSIEDAD, NO ESPECIFICADO	3
779	F42.0	PREDOMINIO DE PENSAMIENTOS O RUMIACIONES OBSESIVAS	12
780	F42.1	ACTOS E IDEAS OBSESIVAS MIXTOS	17
781	F42.2	ACTOS E IDEAS OBSESIVAS MIXTOS	17
782	F42.9	TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO, NO ESPECIFICADO	8
783	F43.0	REACCION AL ESTRES AGUDO	3
784	F43.1	TRASTORNO DE ESTRES POSTRAUMATICO	14
785	F43.8	OTRAS REACCIONES AL ESTRES GRAVE	10
786	F43.9	REACCION AL ESTRES GRAVE, NO ESPECIFICADA	8
787	F44.0	AMNESIA DISOCIATIVA	9
788	F44.7	TRASTORNOS DISOCIATIVOS MIXTOS [Y DE CONVERSION]	16
789	F44.9	TRASTORNO DISOCIATIVO [DE CONVERSION], NO ESPECIFICADO	9
790	F45.0	TRASTORNO DE SOMATIZACION	10
791	F45.9	TRASTORNO SOMATOMORFO, NO ESPECIFICADO	11
792	F48.9	TRASTORNO NEUROTICO, NO ESPECIFICADO	7
793	F51.0	INSOMNIO NO ORGANICO	4
794	F60.3	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EMOCIONALMENTE INESTABLE	12
795	F60.8	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	11
796	F60.9	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EMOCIONALMENTE INESTABLE	11
797	F92.0	TRASTORNO DEPRESIVO DE LA CONDUCTA	6
798	G00.9	MENINGITIS BACTERIANA, NO ESPECIFICADA	30
799	G04.1	PARAPLEJIA ESPASTICA TROPICAL	30
800	G05.1	ENCEFALITIS, MIELITIS Y ENCEFALOMIELITIS EN ENFERMEDADES VIRALES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	30
801	G06.0	ABSCESO Y GRANULOMA INTRACRANEAL	30
802	G12.2	ENFERMEDADES DE LAS NEURONAS MOTORAS	30
803	G20	ENFERMEDAD DE PARKINSON	30
804	G21.0	SINDROME NEUROLEPTICO MALIGNO	30
805	G21.9	PARKINSONISMO SECUNDARIO, NO ESPECIFICADO	15
806	G22	PARKINSONISMO EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	15
807	G24.3	TORTICOLIS ESPASMODICA	4
808	G24.4	DISTONIA BUCOFACIAL IDIOPATICA	14
809	G24.5	BLEFAROSPASMO	11
810	G24.9	DISTONIA, NO ESPECIFICADA	11
811	G25.0	TEMBLOR ESENCIAL	14
812	G25.5	OTRAS COREAS	30
813	G25.9	TRASTORNO EXTRAPIRAMIDAL Y DEL MOVIMIENTO, NO ESPECIFICADO	14
814	G30.9	ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, NO ESPECIFICADA	18
815	G35	ESCLEROSIS MULTIPLE	18
816	G37.0	ESCLEROSIS DIFUSA	18
817	G40.0	EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS IDIOPATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALES)	18
818	G40.1	EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALES)	18



**TABLA DE TIEMPO ESTANDAR POR CIE-10**

ITEM	CIE 10	DESCRIPCIÓN	TIEMPO ESTÁNDAR
817	G40.2	EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALES)	18
818	G40.3	EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS IDIOPATICOS GENERALIZADOS	18
819	G40.4	OTRAS EPILEPSIAS Y SINDROMES EPILEPTICOS GENERALIZADOS	12
820	G40.5	SINDROMES EPILEPTICOS ESPECIALES	12
821	G40.6	ATAQUES DE GRAN MAL, NO ESPECIFICADOS (CON O SIN PEQUEÑO MAL)	12
822	G40.7	PEQUEÑO MAL, NO ESPECIFICADO (SIN ATAQUE DE GRAN MAL)	12
823	G40.8	OTRAS EPILEPSIAS	12
824	G40.9	EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO	12
825	G41.0	ESTADO DE GRAN MAL EPILEPTICO	11
826	G41.9	ESTADO DE MAL EPILEPTICO DE TIPO NO ESPECIFICADO	11
827	G43.0	MIGRAÑA SIN AURA [MIGRAÑA COMUN]	3
828	G43.1	MIGRAÑA CON AURA [MIGRAÑA CLASICA]	3
829	G43.2	ESTADO MIGRAÑOSO	3
830	G43.3	MIGRAÑA COMPLICADA	3
831	G43.8	OTRAS MIGRAÑAS	3
832	G43.9	MIGRAÑA, NO ESPECIFICADA	3
833	G44	OTROS SINDROMES DE CEFALEA	3
834	G44.0	SINDROME DE CEFALEA EN RACIMOS	3
835	G44.1	CEFALEA VASCULAR, NCOP	3
836	G44.2	CEFALEA DEBIDA A TENSION	3
837	G44.3	CEFALEA POSTRAUMATICA CRONICA	12
838	G44.4	CEFALEA INDUCIDA POR DROGAS, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	4
839	G44.8	OTROS SINDROMES DE CEFALEA ESPECIFICADOS	3
840	G45.0	SINDROME ARTERIAL VERTEBRO-BASILAR	8
841	G45.9	ISQUEMIA CEREBRAL TRANSITORIA, SIN OTRA ESPECIFICACION	7
842	G46.0	SINDROME DE LA ARTERIA CEREBRAL MEDIA (I66.0+)	18
843	G47.9	TRASTORNO DEL SUEÑO, NO ESPECIFICADO	2
844	G50.0	NEURALGIA DEL TRIGEMINO	5
845	G50.1	DOLOR FACIAL ATIPICO	5
846	G50.9	TRASTORNO DEL TRIGEMINO, NO ESPECIFICADO	5
847	G51.0	PARALISIS DE BELL	18
848	G51.1	GANGLIONITIS GENICULADA	10
849	G51.3	ESPASMO HEMIFACIAL CLONICO	11
850	G51.8	OTROS TRASTORNOS DEL NERVIO FACIAL	8
851	G51.9	TRASTORNO DEL NERVIO FACIAL, NO ESPECIFICADO	18
852	G52.0	TRASTORNOS DEL NERVIO OLFATORIO	10
853	G52.8	TRASTORNOS DE OTROS NERVIOS CRANEALES ESPECIFICADOS	10
854	G52.9	TRASTORNO DE NERVIO CRANEAL, NO ESPECIFICADO	10
855	G53.0	NEURALGIA POSTHERPES ZOSTER (B02.2+)	18
856	G53.1	PARALISIS MULTIPLE DE LOS NERVIOS CRANEALES EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS CLASIFICADAS	9
857	G54.0	TRASTORNOS DEL PLEXO BRAQUIAL	14
858	G54.1	TRASTORNOS DEL PLEXO LUMBOSACRO	10
859	G54.2	TRASTORNOS DE LA RAIZ CERVICAL, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	10
860	G54.4	TRASTORNOS DE LA RAIZ LUMBOSACRA, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	12
861	G54.5	AMIOTROFIA NEURALGICA	11
862	G54.9	TRASTORNO DE LA RAIZ Y PLEXOS NERVIOSOS, NO ESPECIFICADO	8
863	G55.0	COMPRESIONES DE LAS RAICES Y PLEXOS NERVIOSOS EN ENFERMEDADES NEOPLASICAS (C00-D48+)	12
864	G55.1	COMPRESIONES DE LAS RAICES Y PLEXOS NERVIOSOS EN TRASTORNOS DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES (M50-M51)	12
865	G55.2	COMPRESIONES DE LAS RAICES Y PLEXOS NERVIOSOS EN LA ESPONDILOSIS (M47. +)	15
866	G55.3	COMPRESIONES DE LAS RAICES Y PLEXOS NERVIOSOS EN OTRAS DORSOPATIAS (M45-M46+, M48.-+, M53-M54+)	9
867	G55.8	COMPRESIONES DE LAS RAICES Y PLEXOS NERVIOSOS EN OTRAS ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	8
868	G56.0	SINDROME DEL TUNEL CARPIANO	18
869	G56.1	OTRAS LESIONES DEL NERVIO MEDIANO	18
870	G56.2	LESION DEL NERVIO CUBITAL	18
871	G56.3	LESION DEL NERVIO RADIAL	18
872	G56.8	OTRAS MONONEUROPATIAS DEL MIEMBRO SUPERIOR	10
873	G56.9	MONONEUROPATIA DEL MIEMBRO SUPERIOR, SIN OTRA ESPECIFICACION	8
874	G57.0	LESION DEL NERVIO CIATICO	10
875	G57.1	MERALGIA PARESTESICA	10
876	G57.3	LESION DEL NERVIO CIATICO POPLITEO EXTERNO	18
877	G57.8	OTRAS MONONEUROPATIAS DEL MIEMBRO INFERIOR	11
878	G57.9	MONONEUROPATIA DEL MIEMBRO INFERIOR, SIN OTRA ESPECIFICACION	11
879	G58.0	NEUROPATIA INTERCOSTAL	8
880	G58.9	MONONEUROPATIA, NO ESPECIFICADA	7
881	G59.0	MONONEUROPATIA DIABETICA (E10 E14 CON CUARTO CARACTER COMUN .4)	9
882	G61.0	SINDROME DE GUILLAIN BARRE	30



**TABLA DE TIEMPO ESTANDAR POR CIE-10**

ITEM	CIE 10	DESCRIPCIÓN	TIEMPO ESTÁNDAR
883	G61.8	OTRAS POLINEUROPATIAS INFLAMATORIAS	15
884	G61.9	POLINEUROPATIA INFLAMATORIA, NO ESPECIFICADA	11
885	G62.1	POLINEUROPATIA ALCOHOLICA	12
886	G62.2	POLINEUROPATIA DEBIDA A OTRO AGENTE TOXICO	18
887	G62.8	OTRAS POLINEUROPATIAS ESPECIFICADAS	16
888	G62.9	POLINEUROPATIA, NO ESPECIFICADA	8
889	G63.0	POLINEUROPATIA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	17
890	G63.2	POLINEUROPATIA DIABETICA (E10-E14+ CON CUARTO CARACTER COMUN .4)	15
891	G63.3	POLINEUROPATIA EN OTRAS ENFERMEDADES ENDOCRINAS Y METABOLICAS (E00-E07+, E15-E16+, E20-E34+, E70-E8	12
892	G63.6	POLINEUROPATIA EN OTROS TRASTORNOS OSTEOMUSCULARES (M00-M25+, M40-M96+)	8
893	G63.8	POLINEUROPATIA EN OTRAS ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	14
894	G70.0	MIASTENIA GRAVIS	18
895	G70.9	TRASTORNO NEUROMUSCULAR, NO ESPECIFICADO	8
896	G71.0	DISTROFIA MUSCULAR	30
897	G72.3	PARALISIS PERIODICA	11
898	G72.9	MIOPATIA, NO ESPECIFICADA	11
899	G81.0	HEMIPLEJIA FLACIDA	30
900	G81.1	HEMIPLEJIA ESPASTICA	30
901	G81.9	HEMIPLEJIA, NO ESPECIFICADA	30
902	G82.0	PARAPLEJIA FLACIDA	30
903	G82.1	PARAPLEJIA ESPASTICA	30
904	G82.2	PARAPLEJIA, NO ESPECIFICADA	30
905	G82.3	CUADRIPLJEJIA FLACIDA	30
906	G82.4	CUADRIPLJEJIA ESPASTICA	30
907	G83.1	MONOPLEJIA DE MIEMBRO INFERIOR	18
908	G83.2	MONOPLEJIA DE MIEMBRO SUPERIOR	18
909	G83.8	OTROS SINDROMES PARALITICOS ESPECIFICADOS	30
910	G83.9	SINDROME PARALITICO, NO ESPECIFICADO	13
911	G90.0	NEUROPATIA AUTONOMA PERIFERICA IDIOPATICA	7
912	G91.0	HIDROCEFALO COMUNICANTE	30
913	G91.1	HIDROCEFALO OBSTRUCTIVO	30
914	G91.2	HIDROCEFALO DE PRESION NORMAL	30
915	G91.9	HIDROCEFALO, NO ESPECIFICADO	30
916	G93.0	QUISTE CEREBRAL	30
917	G93.4	ENCEFALOPATIA NO ESPECIFICADA	18
918	G94.0	HIDROCEFALO EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS CLASIFICADAS EN OTRA PARTE (A00-B99+)	30
919	G95.0	SIRINGOMIELIA Y SIRINGOBULBIA	30
920	G95.2	COMPRESION MEDULAR, NO ESPECIFICADA	13
921	G99.0	NEUROPATIA AUTONOMICA EN ENFERMEDADES METABOLICAS Y ENDOCRINAS	8
922	H00.0	ORZUELO Y OTRAS INFLAMACIONES PROFUNDAS DEL PARPADO	4
923	H00.1	CALACIO [CHALAZION]	4
924	H01.0	BLEFARITIS	4
925	H01.1	DERMATOSIS NO INFECCIOSA DEL PARPADO	4
926	H01.8	OTRAS INFLAMACIONES ESPECIFICADAS DEL PARPADO	4
927	H01.9	INFLAMACION DEL PARPADO, NO ESPECIFICADA	4
928	H02.0	ENTROPION Y TRIQUIASIS PALPEBRAL	7
929	H02.1	ECTROPION DEL PARPADO	7
930	H02.3	BLEFAROCALASIA	7
931	H02.4	BLEFAROPTOSIS	7
932	H02.5	OTROS TRASTORNOS FUNCIONALES DEL PARPADO	3
933	H02.7	OTROS TRASTORNOS DEGENERATIVOS DEL PARPADO Y DEL AREA PERIOCULAR	4
934	H02.8	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DEL PARPADO	4
935	H02.9	TRASTORNO DEL PARPADO, NO ESPECIFICADO	5
936	H04.0	DACRIOADENITIS	5
937	H04.1	OTROS TRASTORNOS DE LA GLANDULA LAGRIMAL	5
938	H04.2	EPIFORA	3
939	H04.3	INFLAMACION AGUDA Y LA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS LAGRIMALES	5
940	H04.4	INFLAMACION CRONICA DE LAS VIAS LAGRIMALES	6
941	H04.5	ESTENOSIS E INSUFICIENCIA DE LAS VIAS LAGRIMALES	6
942	H04.8	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DEL APARATO LAGRIMAL	4
943	H04.9	TRASTORNO DEL APARATO LAGRIMAL, NO ESPECIFICADO	4
944	H05.0	INFLAMACION AGUDA DE LA ORBITA	2
945	H05.1	TRASTORNOS INFLAMATORIOS CRONICOS DE LA ORBITA	10
946	H06.2	EXOFTALMIA HIPERTIROIDEA (E05.-+)	8
947	H10.0	CONJUNTIVITIS MUCOPURULENTO	4
948	H10.1	CONJUNTIVITIS ATOPICA AGUDA	4
949	H10.2	OTRAS CONJUNTIVITIS AGUDAS	4
950	H10.3	CONJUNTIVITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	4
951	H10.4	CONJUNTIVITIS CRONICA	4



**TABLA DE TIEMPO ESTANDAR POR CIE-10**

ITEM	CIE 10	DESCRIPCIÓN	TIEMPO ESTÁNDAR
952	H10.5	BLEFAROCONJUNTIVITIS	4
953	H10.8	OTRAS CONJUNTIVITIS	4
954	H10.9	CONJUNTIVITIS, NO ESPECIFICADA	4
955	H11.0	PTERIGION	10
956	H11.1	DEGENERACIONES Y DEPOSITOS CONJUNTIVALES	4
957	H11.2	CICATRICES CONJUNTIVALES	6
958	H11.3	HEMORRAGIA CONJUNTIVAL	4
959	H11.4	OTROS TRASTORNOS VASCULARES Y QUISTES CONJUNTIVALES	4
960	H11.8	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LA CONJUNTIVA	4
961	H11.9	TRASTORNO DE LA CONJUNTIVA, NO ESPECIFICADO	4
962	H13.1	CONJUNTIVITIS EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	7
963	H13.2	CONJUNTIVITIS EN OTRAS ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	4
964	H13.8	OTROS TRASTORNOS DE LA CONJUNTIVA EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	4
965	H15.0	ESCLERITIS	3
966	H15.1	EPISCLERITIS	3
967	H15.9	TRASTORNO DE LA ESCLEROTICA, NO ESPECIFICADO	3
968	H16.0	ULCERA DE LA CORNEA	7
969	H16.1	OTRAS QUERATITIS SUPERFICIALES SIN CONJUNTIVITIS	3
970	H16.2	QUERATOCONJUNTIVITIS	4
971	H16.3	QUERATITIS INTERSTICIAL Y PROFUNDA	6
972	H16.8	OTRAS QUERATITIS	5
973	H16.9	QUERATITIS, NO ESPECIFICADA	4
974	H17.0	LEUCOMA ADHERENTE	11
975	H17.1	OTRAS OPACIDADES CENTRALES DE LA CORNEA	9
976	H17.8	OTRAS OPACIDADES O CICATRICES DE LA CORNEA	9
977	H18.1	QUERATOPATIA VESICULAR	13
978	H18.6	QUERATOCONO	10
979	H18.8	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LA CORNEA	5
980	H18.9	TRASTORNO DE LA CORNEA, NO ESPECIFICADO	5
981	H19.0	ESCLERITIS Y EPISCLERITIS EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	5
982	H19.1	QUERATITIS Y QUERATOCONJUNTIVITIS POR HERPES SIMPLE (B00.5+)	14
983	H19.2	QUERATITIS Y QUERATOCONJUNTIVITIS EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS, CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	6
984	H19.3	QUERATITIS Y QUERATOCONJUNTIVITIS EN OTRAS ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	6
985	H20.0	IRIDOCICLITIS AGUDA Y SUBAGUDA	5
986	H20.1	IRIDOCICLITIS CRONICA	5
987	H20.9	IRIDOCICLITIS, NO ESPECIFICADA	5
988	H21.0	HIFEMA	5
989	H25.0	CATARATA SENIL INCIPIENTE	10
990	H25.1	CATARATA SENIL NUCLEAR	10
991	H25.8	OTRAS CATARATAS SENILES	10
992	H25.9	CATARATA SENIL, NO ESPECIFICADA	10
993	H26.0	CATARATA INFANTIL, JUVENIL Y PRESENIL	10
994	H26.1	CATARATA TRAUMATICA	10
995	H26.2	CATARATA COMPLICADA	10
996	H26.9	CATARATA, NO ESPECIFICADA	10
997	H27.0	AFAQUIA	18
998	H30.0	CORIORRETINITIS FOCAL	11
999	H33.0	DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA CON RUPTURA	30
1000	H33.2	DESPRENDIMIENTO SEROSO DE LA RETINA	13
1001	H33.3	DESGARRO DE LA RETINA SIN DESPRENDIMIENTO	9
1002	H33.4	DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA POR TRACCION	14
1003	H33.5	OTROS DESPRENDIMIENTOS DE LA RETINA	12
1004	H34.0	OCLUSION ARTERIAL TRANSITORIA DE LA RETINA	14
1005	H34.8	OTRAS OCLUSIONES VASCULARES RETINIANAS	11
1006	H34.9	OCLUSION VASCULAR RETINIANA, SIN OTRA ESPECIFICACION	13
1007	H35.0	RETINOPATIAS DEL FONDO Y CAMBIOS VASCULARES RETINIANOS	10
1008	H35.3	DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DEL OJO	8
1009	H35.4	DEGENERACION PERIFERICA DE LA RETINA	3
1010	H35.5	DISTROFIA HEREDITARIA DE LA RETINA	30
1011	H35.6	HEMORRAGIA RETINIANA	8
1012	H35.7	SEPARACION DE LAS CAPAS DE LA RETINA	14
1013	H35.8	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LA RETINA	13
1014	H35.9	TRASTORNO DE LA RETINA, NO ESPECIFICADO	9
1015	H36.0	RETINOPATIA DIABETICA (E10-E14+ CON CUARTO CARACTER COMUN .3)	18
1016	H40.0	SOSPECHA DE GLAUCOMA	9
1017	H40.1	GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO	13
1018	H40.2	GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO CERRADO	11
1019	H40.3	GLAUCOMA SECUNDARIO A TRAUMATISMO OCULAR	13
1020	H40.4	GLAUCOMA SECUNDARIO A INFLAMACION OCULAR	12



**TABLA DE TIEMPO ESTANDAR POR CIE-10**

ITEM	CIE 10	DESCRIPCIÓN	TIEMPO ESTÁNDAR
1021	H40.5	GLAUCOMA SECUNDARIO A OTROS TRASTORNOS DEL OJO	13
1022	H40.8	OTROS GLAUCOMAS	10
1023	H40.9	GLAUCOMA, NO ESPECIFICADO	5
1024	H43.0	PROLAPSO DEL VITREO	18
1025	H43.1	HEMORRAGIA DEL VITREO	18
1026	H43.8	OTROS TRASTORNOS DEL CUERPO VITREO	7
1027	H43.9	TRASTORNO DEL CUERPO VITREO, NO ESPECIFICADO	4
1028	H44.0	ENDOFTALMITIS PURULENTA	10
1029	H44.2	MIOPIA DEGENERATIVA	6
1030	H46	NEURITIS OPTICA	11
1031	H47.0	TRASTORNOS DEL NERVIÓ OPTICO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	12
1032	H47.2	ATROFIA OPTICA	18
1033	H49.0	PARALISIS DEL NERVIÓ MOTOR OCULAR COMUN [III PAR]	15
1034	H49.1	PARALISIS DEL NERVIÓ PATETICO [IV PAR]	12
1035	H49.2	PARALISIS DEL NERVIÓ MOTOR OCULAR EXTERNO [VI PAR]	14
1036	H50.0	ESTRABISMO CONCOMITANTE CONVERGENTE	13
1037	H50.1	ESTRABISMO CONCOMITANTE DIVERGENTE	11
1038	H52.0	HIPERMETROPIA	2
1039	H52.1	MIOPIA	2
1040	H52.2	ASTIGMATISMO	2
1041	H52.4	PRESBICIA	2
1042	H52.7	TRASTORNO DE LA REFRACCION, NO ESPECIFICADO	2
1043	H53.2	DIPLOPIA	7
1044	H53.4	DEFECTOS DEL CAMPO VISUAL	4
1045	H53.9	ALTERACION VISUAL, NO ESPECIFICADA	4
1046	H54.0	CEGUERA DE AMBOS OJOS	18
1047	H54.1	CEGUERA DE UN OJO, VISION SUBNORMAL DEL OTRO	18
1048	H54.2	VISION SUBNORMAL DE AMBOS OJOS	12
1049	H54.4	CEGUERA DE UN OJO	14
1050	H54.5	VISION SUBNORMAL DE UN OJO	10
1051	H54.7	DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL, SIN ESPECIFICACION	4
1052	H57.1	DOLOR OCULAR	4
1053	H57.9	TRASTORNO DEL OJO Y SUS ANEXOS, NO ESPECIFICADO	4
1054	H60.0	ABSCESO DEL OIDO EXTERNO	3
1055	H60.1	CELULITIS DEL OIDO EXTERNO	3
1056	H60.3	OTRAS OTITIS EXTERNAS INFECCIOSAS	2
1057	H60.5	OTITIS EXTERNA AGUDA, NO INFECCIOSA	2
1058	H60.8	OTRAS OTITIS EXTERNAS	2
1059	H60.9	OTITIS EXTERNA, SIN OTRA ESPECIFICACION	2
1060	H61.0	PERICONDRITIS DEL OIDO EXTERNO	4
1061	H61.2	CERUMEN IMPACTADO	1
1062	H62.0	OTITIS EXTERNA EN ENFERMEADES BACTERIANAS CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	2
1063	H62.2	OTITIS EXTERNA EN MICOSIS	2
1064	H62.4	OTITIS EXTERNA EN OTRAS ENFERMEADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	2
1065	H65.0	OTITIS MEDIA AGUDA SEROSA	2
1066	H65.1	OTRA OTITIS MEDIA AGUDA, NO SUPURATIVA	2
1067	H65.2	OTITIS MEDIA CRONICA SEROSA	2
1068	H65.3	OTITIS MEDIA CRONICA MUCOIDE	2
1069	H65.4	OTRAS OTITIS MEDIAS CRONICAS NO SUPURATIVAS	2
1070	H65.9	OTITIS MEDIA NO SUPURATIVA, SIN OTRA ESPECIFICACION	2
1071	H66.0	OTITIS MEDIA SUPURATIVA AGUDA	3
1072	H66.1	OTITIS MEDIA TUBOTIMPANICA SUPURATIVA CRONICA	3
1073	H66.2	OTITIS MEDIA SUPURATIVA CRONICA ATICOANTRAL	3
1074	H66.3	OTRAS OTITIS MEDIAS CRONICAS SUPURATIVAS	3
1075	H66.4	OTITIS MEDIA SUPURATIVA, SIN OTRA ESPECIFICACION	3
1076	H66.9	OTITIS MEDIA, NO ESPECIFICADA	3
1077	H67.0	OTITIS MEDIA EN ENFERMEADES BACTERIANAS CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	3
1078	H68.0	SALPINGITIS EUSTAQUIANA	4
1079	H68.1	OBSTRUCCION DE LA TROMPA DE EUSTAQUIO	3
1080	H70.0	MASTOIDITIS AGUDA	4
1081	H70.1	MASTOIDITIS CRONICA	6
1082	H71	COLESTEATOMA DEL OIDO MEDIO	6
1083	H72.0	PERFORACION CENTRAL DE LA MEMBRANA TIMPANICA	5
1084	H72.9	PERFORACION DE LA MEMBRANA TIMPANICA, SIN OTRA ESPECIFICACION	4
1085	H81.0	ENFERMEDAD DE MENIERE	9
1086	H81.1	VERTIGO PAROXISTICO BENIGNO	8
1087	H81.2	NEURONITIS VESTIBULAR	8
1088	H81.3	OTROS VERTIGOS PERIFERICOS	8
1089	H81.4	VERTIGO DE ORIGEN CENTRAL	8



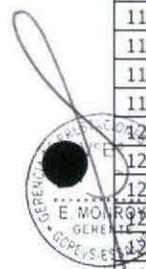
**TABLA DE TIEMPO ESTANDAR POR CIE-10**

ITEM	CIE 10	DESCRIPCIÓN	TIEMPO ESTÁNDAR
1090	H81.8	OTROS TRASTORNOS DE LA FUNCION VESTIBULAR	8
1091	H81.9	TRASTORNO DE LA FUNCION VESTIBULAR, NO ESPECIFICADO	8
1092	H82	SINDROMES VERTIGINOSOS EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	8
1093	H83.0	LABERINTITIS	8
1094	H83.1	FISTULA DEL LABERINTO	6
1095	H83.2	DISFUNCION DEL LABERINTO	6
1096	H83.3	EFFECTOS DEL RUIDO SOBRE EL OIDO INTERNO	6
1097	H83.9	TRASTORNO DEL OIDO INTERNO, NO ESPECIFICADO	4
1098	H90.0	HIPOACUSIA CONDUCTIVA BILATERAL	4
1099	H90.1	HIPOACUSIA CONDUCTIVA, UNILATERAL CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL	3
1100	H90.2	HIPOACUSIA CONDUCTIVA, SIN OTRA ESPECIFICACION	3
1101	H90.3	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL	3
1102	H90.4	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL	3
1103	H90.5	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	3
1104	H91.1	PRESBIACUSIA	1
1105	H91.2	HIPOACUSIA SUBITA IDIOPATICA	7
1106	H91.9	HIPOACUSIA, NO ESPECIFICADA	3
1107	H92.0	OTALGIA	3
1108	H92.2	OTORRAGIA	3
1109	H93.1	TINNITUS	3
1110	I00	FIEBRE REUMATICA SIN MENCION DE COMPLICACION CARDIACA	3
1111	I02.9	COREA REUMATICA SIN MENCION DE COMPLICACION CARDIACA	3
1112	I05.0	ESTENOSIS MITRAL	15
1113	I05.1	INSUFICIENCIA MITRAL REUMATICA	16
1114	I05.2	ESTENOSIS MITRAL CON INSUFICIENCIA	16
1115	I05.9	ENFERMEDAD VALVULAR MITRAL, NO ESPECIFICADA	12
1116	I06.0	ESTENOSIS AORTICA REUMATICA	16
1117	I06.1	INSUFICIENCIA AORTICA REUMATICA	15
1118	I06.2	ESTENOSIS AORTICA REUMATICA CON INSUFICIENCIA	17
1119	I10	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	3
1120	I11.0	ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA CON INSUFICIENCIA CARDIACA (CONGESTIVA)	9
1121	I11.9	ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA SIN INSUFICIENCIA CARDIACA (CONGESTIVA)	5
1122	I15.0	HIPERTENSION RENOVASCULAR	6
1123	I15.9	HIPERTENSION SECUNDARIA, NO ESPECIFICADA	4
1124	I20.0	ANGINA INESTABLE	11
1125	I20.1	ANGINA DE PECHO CON ESPASMO DOCUMENTADO	9
1126	I20.8	OTRAS FORMAS ESPECIFICADAS DE ANGINA DE PECHO	10
1127	I20.9	ANGINA DE PECHO, NO ESPECIFICADA	6
1128	I21.0	INFARTO TRANSMURAL AGUDO DEL MIOCARDIO DE LA PARED ANTERIOR	18
1129	I21.1	INFARTO TRANSMURAL AGUDO DEL MIOCARDIO DE LA PARED INFERIOR	18
1130	I21.9	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ESPECIFICACION	15
1131	I25.0	ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ATROSCLEROTICA, ASI DESCRITA	10
1132	I25.1	ENFERMEDAD ATROSCLEROTICA DEL CORAZON	12
1133	I25.2	INFARTO ANTIGUO DEL MIOCARDIO	18
1134	I25.5	CARDIOMIOPATIA ISQUEMICA	18
1135	I25.8	OTRAS FORMAS DE ENFERMEDAD ISQUEMICA CRONICA DEL CORAZON	12
1136	I25.9	ENFERMEDAD ISQUEMICA CRONICA DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	12
1137	I26.9	EMBOLIA PULMONAR SIN MENCION DE CORAZON PULMONAR AGUDO	17
1138	I27.9	ENFERMEDAD PULMONAR DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	15
1139	I30.9	PERICARDITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	9
1140	I34.0	INSUFICIENCIA (DE LA VALVULA) MITRAL	15
1141	I34.1	PROLAPSO (DE LA VALVULA) MITRAL	9
1142	I34.2	ESTENOSIS (DE LA VALVULA) MITRAL, NO REUMATICA	16
1143	I35.0	ESTENOSIS (DE LA VALVULA) AORTICA	17
1144	I35.1	INSUFICIENCIA (DE LA VALVULA) AORTICA	15
1145	I35.2	ESTENOSIS (DE LA VALVULA) AORTICA CON INSUFICIENCIA	17
1146	I42.0	CARDIOMIOPATIA DILATADA	17
1147	I42.9	CARDIOMIOPATIA, NO ESPECIFICADA	7
1148	I45.6	SINDROME DE PREEXCITACION	3
1149	I45.9	TRASTORNO DE LA CONDUCCION, NO ESPECIFICADO	3
1150	I47.0	ARRITMIA POR REENTRADA VENTRICULAR	4
1151	I47.1	TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR	4
1152	I47.2	TAQUICARDIA VENTRICULAR	8
1153	I47.9	TAQUICARDIA PAROXISTICA, NO ESPECIFICADA	2
1154	I48	FIBRILACION Y ALETEO AURICULAR	5
1155	I49.0	FIBRILACION Y ALETEO VENTRICULAR	5
1156	I49.1	DESPOLARIZACION AURICULAR PREMATURA	3
1157	I49.3	DESPOLARIZACION VENTRICULAR PREMATURA	4
1158	I49.9	ARRITMIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA	3



**TABLA DE TIEMPO ESTANDAR POR CIE-10**

ITEM	CIE 10	DESCRIPCIÓN	TIEMPO ESTÁNDAR
1159	I50.0	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	15
1160	I50.1	INSUFICIENCIA VENTRICULAR IZQUIERDA	15
1161	I50.9	INSUFICIENCIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA	10
1162	I51.1	RUPTURA DE CUERDA TENDINOSA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	15
1163	I60.0	HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA DE SIFON Y BIFURCACION CAROTIDEA	30
1164	I60.1	HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA DE ARTERIA CEREBRAL MEDIA	30
1165	I60.2	HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA DE ARTERIA COMUNICANTE ANTERIOR	30
1166	I60.3	HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA DE ARTERIA COMUNICANTE POSTERIOR	30
1167	I60.9	HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA, NO ESPECIFICADA	30
1168	I61.0	HEMORRAGIA INTRACEREBRAL EN HEMISFERIO, SUBCORTICAL	30
1169	I61.1	HEMORRAGIA INTRACEREBRAL EN HEMISFERIO, CORTICAL	30
1170	I61.9	HEMORRAGIA INTRAENCEFALICA, NO ESPECIFICADA	30
1171	I62.0	HEMORRAGIA SUBDURAL (AGUDA) (NO TRAUMATICA)	30
1172	I62.9	HEMORRAGIA INTRACRANEAL (NO TRAUMATICA), NO ESPECIFICADA	30
1173	I63.0	INFARTO CEREBRAL DEBIDO A TROMBOSIS DE ARTERIAS PRECEREBRALES	30
1174	I63.2	INFARTO CEREBRAL DEBIDO A OCLUSION O ESTENOSIS NO ESPECIFICADA DE ARTERIAS PRECEREBRALES	30
1175	I63.3	INFARTO CEREBRAL DEBIDO A TROMBOSIS DE ARTERIAS CEREBRALES	30
1176	I63.5	INFARTO CEREBRAL DEBIDO A OCLUSION O ESTENOSIS NO ESPECIFICADA DE ARTERIAS CEREBRALES	30
1177	I63.8	OTROS INFARTOS CEREBRALES	30
1178	I63.9	INFARTO CEREBRAL, NO ESPECIFICADO	30
1179	I64	ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO AGUDO, NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO	18
1180	I67.1	ANEURISMA CEREBRAL, SIN RUPTURA	18
1181	I67.4	ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA	14
1182	I67.8	OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES ESPECIFICADAS	16
1183	I67.9	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA	18
1184	I69.0	SECUELAS DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA	30
1185	I69.1	SECUELAS DE HEMORRAGIA INTRAENCEFALICA	30
1186	I69.2	SECUELAS DE OTRAS HEMORRAGIAS INTRACRANEALES NO TRAUMATICAS	30
1187	I69.8	SECUELAS DE OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS	18
1188	I70.2	ATEROSCLEROSIS DE LAS ARTERIAS DE LOS MIEMBROS	18
1189	I71.2	ANEURISMA DE LA AORTA TORACICA, SIN MENCION DE RUPTURA	17
1190	I72.0	ANEURISMA DE LA ARTERIA CAROTIDA	30
1191	I72.9	ANEURISMA DE SITIO NO ESPECIFICADO	18
1192	I73.0	SINDROME DE RAYNAUD	5
1193	I73.9	ENFERMEDAD VASCULAR PERIFERICA, NO ESPECIFICADA	10
1194	I74.3	EMBOLIA Y TROMBOSIS DE ARTERIAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES	12
1195	I78.1	NEVO, NO NEOPLASICO	3
1196	I80.0	FLEBITIS Y TROMBOFLEBITIS DE VASOS SUPERFICIALES DE LOS MIEMBROS INFERIORES	10
1197	I80.1	FLEBITIS Y TROMBOFLEBITIS DE LA VENA FEMORAL	13
1198	I80.2	FLEBITIS Y TROMBOFLEBITIS DE OTROS VASOS PROFUNDOS DE LOS MIEMBROS INFERIORES	12
1199	I80.3	FLEBITIS Y TROMBOFLEBITIS DE LOS MIEMBROS INFERIORES, NO ESPECIFICADA	10
1200	I80.8	FLEBITIS Y TROMBOFLEBITIS DE OTROS SITIOS	7
1201	I80.9	FLEBITIS Y TROMBOFLEBITIS DE SITIO NO ESPECIFICADO	9
1202	I81	TROMBOSIS DE LA VENA PORTA	13
1203	I82.0	SINDROME DE BUDD-CHIARI	13
1204	I82.1	TROMBOFLEBITIS MIGRATORIA	9
1205	I82.8	EMBOLIA Y TROMBOSIS DE OTRAS VENAS ESPECIFICADAS	13
1206	I82.9	EMBOLIA Y TROMBOSIS DE VENA NO ESPECIFICADA	13
1207	I83.0	VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES CON ULCERA	9
1208	I83.1	VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES CON INFLAMACION	7
1209	I83.2	VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES CON ULCERA E INFLAMACION	9
1210	I83.9	VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES SIN ULCERA NI INFLAMACION	6
1211	I84.0	HEMORROIDES INTERNAS TROMBOSADAS	5
1212	I84.1	HEMORROIDES INTERNAS CON OTRAS COMPLICACIONES	5
1213	I84.2	HEMORROIDES INTERNAS SIN COMPLICACION	4
1214	I84.3	HEMORROIDES EXTERNAS TROMBOSADAS	5
1215	I84.4	HEMORROIDES EXTERNAS CON OTRAS COMPLICACIONES	5
1216	I84.5	HEMORROIDES EXTERNAS SIN COMPLICACION	4
1217	I84.6	PROMINENCIAS CUTANEAS, RESIDUO DE HEMORROIDES	4
1218	I84.7	HEMORROIDES TROMBOSADAS NO ESPECIFICADAS	5
1219	I84.8	HEMORROIDES NO ESPECIFICADAS, CON OTRAS COMPLICACIONES	4
1220	I84.9	HEMORROIDES NO ESPECIFICADAS, SIN COMPLICACION	4
1221	I85.9	VARICES ESOFAGICAS SIN HEMORRAGIA	11
1222	I86.0	VARICES SUBLINGUALES	6
1223	I86.1	VARICES ESCROTALES	7
1224	I86.8	VARICES EN OTROS SITIOS ESPECIFICADOS	2
1225	I87.0	SINDROME POSTFLEBITICO	7
1226	I87.2	INSUFICIENCIA VENOSA (CRONICA) (PERIFERICA)	3
1227	I87.8	OTROS TRASTORNOS VENOSOS ESPECIFICADOS	3



**TABLA DE TIEMPO ESTANDAR POR CIE-10**

ITEM	CIE 10	DESCRIPCIÓN	TIEMPO ESTÁNDAR
1228	I87.9	TRASTORNO VENOSO, NO ESPECIFICADO	3
1229	I88.9	LINFADENITIS INESPECIFICA NO ESPECIFICADA	3
1230	I89.0	LINFEDEMA, NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	11
1231	I89.1	LINFANGITIS	7
1232	I95.9	HIPOTENSION, NO ESPECIFICADA	3
1233	J00	RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN]	2
1234	J01.0	SINUSITIS MAXILAR AGUDA	3
1235	J01.1	SINUSITIS FRONTAL AGUDA	3
1236	J01.2	SINUSITIS ETMOIDAL AGUDA	3
1237	J01.4	PANSINUSITIS AGUDA	10
1238	J01.8	OTRAS SINUSITIS AGUDAS	3
1239	J01.9	SINUSITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	3
1240	J02.0	FARINGITIS ESTREPTOCOCICA	2
1241	J02.8	FARINGITIS AGUDA DEBIDA A OTROS MICROORGANISMOS ESPECIFICADOS	2
1242	J02.9	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	2
1243	J03.0	AMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA	2
1244	J03.8	AMIGDALITIS AGUDA DEBIDA A OTROS MICROORGANISMOS ESPECIFICADOS	2
1245	J03.9	AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	2
1246	J04.0	LARINGITIS AGUDA	3
1247	J04.1	TRAQUEITIS AGUDA	2
1248	J04.2	LARINGOTRAQUEITIS AGUDA	3
1249	J05.0	LARINGITIS OBSTRUCTIVA, AGUDA [CRUP]	3
1250	J05.1	EPIGLOTITIS AGUDA	3
1251	J06.0	LARINGOFARINGITIS AGUDA	3
1252	J06.8	OTRAS INFECCIONES AGUDAS DE SITIOS MULTIPLES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	1
1253	J06.9	INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA	1
1254	J10.0	INFLUENZA CON NEUMONIA, DEBIDA A VIRUS DE LA INFLUENZA IDENTIFICADO	4
1255	J10.8	INFLUENZA, CON OTRAS MANIFESTACIONES, DEBIDA A VIRUS DE LA INFLUENZA IDENTIFICADO	4
1256	J11.0	INFLUENZA CON NEUMONIA, VIRUS NO IDENTIFICADO	4
1257	J11.1	INFLUENZA CON OTRAS MANIFESTACIONES RESPIRATORIAS, VIRUS NO IDENTIFICADO	4
1258	J11.8	INFLUENZA CON OTRAS MANIFESTACIONES, VIRUS NO IDENTIFICADO	4
1259	J12.9	NEUMONIA VIRAL, NO ESPECIFICADA	5
1260	J15.0	NEUMONIA DEBIDA A KLEBSIELLA PNEUMONIAE	10
1261	J15.8	OTRAS NEUMONIAS BACTERIANAS	10
1262	J15.9	NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA	10
1263	J18.0	BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA	15
1264	J18.1	NEUMONIA LOBAR, NO ESPECIFICADA	10
1265	J18.8	OTRAS NEUMONIAS, DE MICROORGANISMO NO ESPECIFICADO	5
1266	J18.9	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	10
1267	J20.0	BRONQUITIS AGUDA DEBIDA A MYCOPLASMA PNEUMONIAE	5
1268	J20.1	BRONQUITIS AGUDA DEBIDA A HAEMOPHILUS INFLUENZAE	5
1269	J20.2	BRONQUITIS AGUDA DEBIDA A ESTREPTOCOCOS	5
1270	J20.3	BRONQUITIS AGUDA DEBIDA A VIRUS COXSACKIE	5
1271	J20.4	BRONQUITIS AGUDA DEBIDA A VIRUS PARAINFLUENZA	5
1272	J20.5	BRONQUITIS AGUDA DEBIDA A VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO	5
1273	J20.6	BRONQUITIS AGUDA DEBIDA A RINOVIRUS	5
1274	J20.8	BRONQUITIS AGUDA DEBIDA A OTROS MICROORGANISMOS ESPECIFICADOS	5
1275	J20.9	BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	5
1276	J21.0	BRONQUIOLITIS AGUDA DEBIDA A VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO	4
1277	J21.9	BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	2
1278	J22	INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	4
1279	J30.0	RINITIS VASOMOTORA	2
1280	J30.1	RINITIS ALERGICA DEBIDA AL POLEN	2
1281	J30.2	OTRA RINITIS ALERGICA ESTACIONAL	2
1282	J30.3	OTRAS RINITIS ALERGICAS	2
1283	J30.4	RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA	1
1284	J31.0	RINITIS CRONICA	1
1285	J31.1	RINOFARINGITIS CRONICA	3
1286	J31.2	FARINGITIS CRONICA	3
1287	J32.0	SINUSITIS MAXILAR CRONICA	4
1288	J32.1	SINUSITIS FRONTAL CRONICA	4
1289	J32.2	SINUSITIS ETMOIDAL CRONICA	4
1290	J32.4	PANSINUSITIS CRONICA	5
1291	J32.8	OTRAS SINUSITIS CRONICAS	3
1292	J32.9	SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	3
1293	J33.0	POLIPO DE LA CAVIDAD NASAL	3
1294	J33.1	DEGENERACION POLIPOIDE DE SENOS PARANASAL	4
1295	J33.9	POLIPO NASAL, NO ESPECIFICADO	4
1296	J34.0	ABSCESO, FURUNCULO Y ANTRAX DE LA NARIZ	3



**TABLA DE TIEMPO ESTANDAR POR CIE-10**

ITEM	CIE 10	DESCRIPCIÓN	TIEMPO ESTÁNDAR
1297	J34.1	QUISTE Y MUCOCELE DE LA NARIZ Y DEL SENOS PARANASAL	3
1298	J34.2	DESVIACION DEL TABIQUE NASAL	8
1299	J34.3	HIPERTROFIA DE LOS CORNETES NASALES	4
1300	J34.8	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LA NARIZ Y DE LOS SENOS PARANASALES	3
1301	J35.0	AMIGDALITIS CRONICA	3
1302	J35.1	HIPERTROFIA DE LAS AMIGDALAS	4
1303	J35.9	ENFERMEDAD CRONICA DE LAS AMIGDALAS Y DE LAS ADENOIDES, NO ESPECIFICADA	4
1304	J36	ABSCESO PERIAMIGDALINO	3
1305	J37.0	LARINGITIS CRONICA	3
1306	J37.1	LARINGOTRAQUEITIS CRONICA	3
1307	J38.0	PARALISIS DE LAS CUERDAS VOCALES Y DE LA LARINGE	12
1308	J38.1	POLIPO DE LAS CUERDAS VOCALES Y DE LA LARINGE	7
1309	J38.2	NODULOS DE LAS CUERDAS VOCALES	6
1310	J39.0	ABSCESO RETROFARINGEO Y PARAFARINGEO	3
1311	J39.3	REACCION DE HIPERSENSIBILIDAD DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, SITIO NO ESPECIFICADO	3
1312	J39.8	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	3
1313	J39.9	ENFERMEDAD DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA	3
1314	J40	BRONQUITIS, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA O CRONICA	5
1315	J41.0	BRONQUITIS CRONICA SIMPLE	4
1316	J41.1	BRONQUITIS CRONICA MUCOPURULENTA	4
1317	J41.8	BRONQUITIS CRONICA MIXTA SIMPLE Y MUCOPURULENTA	4
1318	J42	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	4
1319	J43.9	ENFISEMA, NO ESPECIFICADO	9
1320	J44.0	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	9
1321	J44.1	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA, NO ESPECIFICADA	9
1322	J44.8	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRONICAS ESPECIFICADAS	6
1323	J44.9	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	6
1324	J45.0	ASMA PREDOMINANTEMENTE ALERGICA	6
1325	J45.1	ASMA NO ALERGICA	6
1326	J45.8	ASMA MIXTA	6
1327	J45.9	ASMA, NO ESPECIFICADO	6
1328	J46	ESTADO ASMATICO	6
1329	J47	BRONQUIECTASIA	10
1330	J60	NEUMOCONIOSIS DE LOS MINEROS DEL CARBON	7
1331	J62.8	NEUMOCONIOSIS DEBIDA A OTROS POLVOS QUE CONTIENEN SILICE	10
1332	J63.1	FIBROSIS (DEL PULMON) DEBIDA A BAUXITA	15
1333	J63.8	NEUMOCONIOSIS DEBIDA A OTROS POLVOS INORGANICOS ESPECIFICADOS	12
1334	J64	NEUMOCONIOSIS, NO ESPECIFICADA	11
1335	J80	SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL ADULTO	5
1336	J84.0	AFECCIONES ALVEOLARES Y ALVEOLOPARIETALES	18
1337	J84.1	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON FIBROSIS	15
1338	J84.9	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA	18
1339	J85.2	ABSCESO DEL PULMON SIN NEUMONIA	18
1340	J86.0	PIOTORAX CON FISTULA	30
1341	J90	DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	11
1342	J91	DERRAME PLEURAL EN AFECCIONES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	11
1343	J92.9	PAQUIPLEURITIS SIN ASBESTOSIS	10
1344	J93.0	NEUMOTORAX ESPONTANEO A PRESION	13
1345	J93.9	NEUMOTORAX, NO ESPECIFICADO	11
1346	J94.1	FIBROTORAX	11
1347	J94.2	HEMOTORAX	18
1348	J96.0	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	10
1349	J98.0	ENFERMEDADES DE LA TRAQUEA Y DE LOS BRONQUIOS, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	4
1350	J98.9	TRASTORNO RESPIRATORIO, NO ESPECIFICADO	2
1351	K00.1	DIENTES SUPERNUMERARIOS	1
1352	K00.6	ALTERACIONES EN LA ERUPCION DENTARIA	1
1353	K00.7	SINDROME DE LA ERUPCION DENTARIA	1
1354	K01.0	DIENTES INCLUIDOS	1
1355	K01.1	DIENTES IMPACTADOS	1
1356	K02.0	CARIES LIMITADA AL ESMALTE	1
1357	K02.1	CARIES DE LA DENTINA	1
1358	K02.2	CARIES DEL CEMENTO	1
1359	K02.3	CARIES DENTARIA DETENIDA	1
1360	K02.4	ODONTOCLASIA	1
1361	K02.8	OTRAS CARIES DENTALES	1
1362	K02.9	CARIES DENTAL, NO ESPECIFICADA	1
1363	K03.1	ABRASION DE LOS DIENTES	1
1364	K03.4	HIPERCEMENTOSIS	1
1365	K03.5	ANQUILOSIS DENTAL	1

Universidad de Cádiz
   
 Facultad de Medicina
   
 M. PAREDES
   
 SUB-GERENTE

Universidad de Cádiz
   
 Facultad de Medicina
   
 M. PAREDES
   
 SUB-GERENTE

**TABLA DE TIEMPO ESTANDAR POR CIE-10**

ITEM	CIE 10	DESCRIPCIÓN	TIEMPO ESTÁNDAR
1366	K03.6	DEPOSITOS [ACRECIONES] EN LOS DIENTES	1
1367	K04.0	PULPITIS	1
1368	K04.1	NECROSIS DE LA PULPA	1
1369	K04.2	DEGENERACION DE LA PULPA	1
1370	K04.3	FORMACION ANORMAL DE TEJIDO DURO EN LA PULPA	1
1371	K04.4	PERIODONTITIS APICAL AGUDA ORIGINADA EN LA PULPA	1
1372	K04.5	PERIODONTITIS APICAL CRONICA	1
1373	K04.6	ABSCESO PERIAPICAL CON FISTULA	2
1374	K04.7	ABSCESO PERIAPICAL SIN FISTULA	1
1375	K04.8	QUISTE RADICULAR	1
1376	K04.9	OTRAS ENFERMEDADES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PULPA Y DEL TEJIDO PERIAPICAL	1
1377	K05.0	GINGIVITIS AGUDA	1
1378	K05.1	GINGIVITIS CRONICA	1
1379	K05.2	PERIODONTITIS AGUDA	1
1380	K05.3	PERIODONTITIS CRONICA	1
1381	K05.4	PERIODONTOSIS	1
1382	K05.5	OTRAS ENFERMEDADES PERIODONTALES	1
1383	K05.6	ENFERMEDAD DEL PERIODONTO, NO ESPECIFICADA	1
1384	K06.1	HIPERPLASIA GINGIVAL	1
1385	K06.2	LESIONES DE LA ENCIA Y DE LA ZONA EDENTULA ASOCIADAS CON TRAUMATISMO	2
1386	K06.8	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LA ENCIA Y DE LA ZONA EDENTULA	1
1387	K06.9	TRASTORNO NO ESPECIFICADO DE LA ENCIA Y DE LA ZONA EDENTULA	1
1388	K07.3	ANOMALIAS DE LA POSICION DEL DIENTE	1
1389	K07.4	MALOCCLUSION DE TIPO NO ESPECIFICADO	1
1390	K07.6	TRASTORNOS DE LA ARTICULACION TEMPOROMAXILAR	1
1391	K08.0	EXFOLIACION DE LOS DIENTES DEBIDA A CAUSAS SISTEMICAS	1
1392	K08.1	PERDIDA DE DIENTES DEBIDA A ACCIDENTE, EXTRACCION O ENFERMEDAD PERIODONTAL LOCAL	1
1393	K08.2	ATROFIA DEL REBORDE ALVEOLAR DESDENTADO	1
1394	K08.3	RAIZ DENTAL RETENIDA	1
1395	K08.8	OTRAS AFECCIONES ESPECIFICADAS DE LOS DIENTES Y DE SUS ESTRUCTURAS DE SOSTEN	1
1396	K08.9	TRASTORNO DE LOS DIENTES Y DE SUS ESTRUCTURAS DE SOSTEN, NO ESPECIFICADO	2
1397	K09.0	QUISTES ORIGINADOS POR EL DESARROLLO DE LOS DIENTES	3
1398	K09.1	QUISTES DE LAS FISURAS (NO ODONTOGENICOS)	3
1399	K09.2	OTROS QUISTES DE LOS MAXILARES	4
1400	K10.0	TRASTORNOS DEL DESARROLLO DE LOS MAXILARES	2
1401	K10.1	GRANULOMA CENTRAL DE CELULAS GIGANTES	2
1402	K10.2	AFECCIONES INFLAMATORIAS DE LOS MAXILARES	2
1403	K10.3	ALVEOLITIS DEL MAXILAR	1
1404	K10.9	ENFERMEDAD DE LOS MAXILARES, NO ESPECIFICADA	2
1405	K11.2	SIALADENITIS	3
1406	K11.3	ABSCESO DE GLANDULA SALIVAL	3
1407	K11.6	MUCOCELE DE GLANDULA SALIVAL	3
1408	K12.0	ESTOMATITIS AFTOSA RECURRENTE	1
1409	K12.1	OTRAS FORMAS DE ESTOMATITIS	1
1410	K12.2	CELULITIS Y ABCESO DE BOCA	3
1411	K13.0	ENFERMEDADES DE LOS LABIOS	2
1412	K13.2	LEUCOPLASIA Y OTRAS ALTERACIONES DEL EPITELIO BUCAL, INCLUYENDO LA LENGUA	2
1413	K13.4	GRANULOMA Y LESIONES SEMEJANTES DE LA MUCOSA BUCAL	2
1414	K13.6	HIPERPLASIA IRRRITATIVA DE LA MUCOSA BUCAL	2
1415	K13.7	OTRAS LESIONES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA MUCOSA BUCAL	2
1416	K14.0	GLOSITIS	2
1417	K20	ESOFAGITIS	3
1418	K21.0	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO CON ESOFAGITIS	4
1419	K21.9	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	3
1420	K22.0	ACALASIA DEL CARDIAS	3
1421	K22.9	ENFERMEDAD DEL ESOFAGO, NO ESPECIFICADA	3
1422	K25.0	ULCERA GASTRICA, AGUDA CON HEMORRAGIA	7
1423	K25.3	ULCERA GASTRICA, AGUDA SIN HEMORRAGIA NI PERFORACION	5
1424	K25.5	ULCERA GASTRICA, CRONICA O NO ESPECIFICADA, CON PERFORACION	7
1425	K25.7	ULCERA GASTRICA, CRONICA SIN HEMORRAGIA NI PERFORACION	5
1426	K25.9	ULCERA GASTRICA, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA NI CRONICA, SIN HEMORRAGIA NI PERFORACION	3
1427	K26.0	ULCERA DUODENAL, AGUDA CON HEMORRAGIA	7
1428	K26.3	ULCERA DUODENAL, AGUDA SIN HEMORRAGIA NI PERFORACION	5
1429	K26.4	ULCERA DUODENAL, CRONICA O NO ESPECIFICADA, CON HEMORRAGIA	6
1430	K26.7	ULCERA DUODENAL, CRONICA SIN HEMORRAGIA NI PERFORACION	5
1431	K26.9	ULCERA DUODENAL, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA NI CRONICA, SIN HEMORRAGIA NI PERFORACION	3
1432	K27.0	ULCERA PEPTICA, DE SITIO NO ESPECIFICADO, AGUDA CON HEMORRAGIA	7
1433	K27.3	ULCERA PEPTICA, DE SITIO NO ESPECIFICADO, AGUDA SIN HEMORRAGIA NI PERFORACION	3
1434	K27.7	ULCERA PEPTICA, DE SITIO NO ESPECIFICADO, CRONICA SIN HEMORRAGIA NI PERFORACION	3



**TABLA DE TIEMPO ESTANDAR POR CIE-10**

ITEM	CIE 10	DESCRIPCIÓN	TIEMPO ESTÁNDAR
1435	K27.9	ULCERA PEPTICA, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA NI CRONICA, SIN HEMORRAGIA NI PERFORACION	3
1436	K29.0	GASTRITIS AGUDA HEMORRAGICA	5
1437	K29.1	OTRAS GASTRITIS AGUDAS	3
1438	K29.2	GASTRITIS ALCOHOLICA	3
1439	K29.3	GASTRITIS CRONICA SUPERFICIAL	3
1440	K29.4	GASTRITIS CRONICA ATROFICA	3
1441	K29.5	GASTRITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	3
1442	K29.6	OTRAS GASTRITIS	3
1443	K29.7	GASTRITIS, NO ESPECIFICADA	2
1444	K29.8	DUODENITIS	3
1445	K29.9	GASTRODUODENITIS, NO ESPECIFICADA	3
1446	K30	DISPEPSIA	1
1447	K31.9	ENFERMEDAD DEL ESTOMAGO Y DEL DUODENO, NO ESPECIFICADA	2
1448	K35.0	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	18
1449	K35.1	APENDICITIS AGUDA CON ABSCESO PERITONEAL	18
1450	K35.9	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	18
1451	K37	APENDICITIS, NO ESPECIFICADA	18
1452	K38.9	ENFERMEDAD DEL APENDICE, NO ESPECIFICADA	6
1453	K40.0	HERNIA INGUINAL BILATERAL CON OBSTRUCCION, SIN GANGRENA	9
1454	K40.1	HERNIA INGUINAL BILATERAL, CON GANGRENA	10
1455	K40.2	HERNIA INGUINAL BILATERAL, SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	5
1456	K40.3	HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, CON OBSTRUCCION, SIN GANGRENA	6
1457	K40.4	HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, CON GANGRENA	8
1458	K40.9	HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	5
1459	K41.9	HERNIA FEMORAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	5
1460	K42.0	HERNIA UMBILICAL CON OBSTRUCCION, SIN GANGRENA	6
1461	K42.9	HERNIA UMBILICAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	5
1462	K43.0	HERNIA VENTRAL CON OBSTRUCCION, SIN GANGRENA	6
1463	K43.9	HERNIA VENTRAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	5
1464	K44.9	HERNIA DIAFRAGMATICA SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	5
1465	K45.8	OTRAS HERNIAS DE LA CAVIDAD ABDOMINAL ESPECIFICADAS, SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	4
1466	K46.0	HERNIA ABDOMINAL NO ESPECIFICADA, CON OBSTRUCCION, SIN GANGRENA	6
1467	K46.9	HERNIA ABDOMINAL NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	5
1468	K51.0	ENTEROCOLITIS (CRONICA) ULCERATIVA	7
1469	K51.2	PROCTITIS (CRONICA) ULCERATIVA	4
1470	K51.5	PROCTOCOLITIS MUCOSA	3
1471	K51.9	COLITIS ULCERATIVA, SIN OTRA ESPECIFICACION	7
1472	K52.0	COLITIS Y GASTROENTERITIS DEBIDAS A RADIACION	2
1473	K52.1	COLITIS Y GASTROENTERITIS TOXICAS	2
1474	K52.2	COLITIS Y GASTROENTERITIS ALERGICAS Y DIETETICAS	2
1475	K52.8	OTRAS COLITIS Y GASTROENTERITIS NO INFECCIOSAS ESPECIFICADAS	2
1476	K52.9	COLITIS Y GASTROENTERITIS NO INFECCIOSAS, NO ESPECIFICADAS	2
1477	K56.0	ILEO PARALITICO	14
1478	K56.2	VOLVULO	10
1479	K56.4	OTRAS OBSTRUCCIONES DEL INTESTINO	10
1480	K56.5	ADHERENCIAS [BRIDAS] INTESTINALES CON OBSTRUCCION	10
1481	K56.6	OTRAS OBSTRUCCIONES INTESTINALES Y LAS NO ESPECIFICADAS	10
1482	K57.0	ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL INTESTINO DELGADO CON PERFORACION Y ABSCESO	11
1483	K57.2	ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL INTESTINO GRUESO CON PERFORACION Y ABSCESO	14
1484	K57.3	ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL INTESTINO GRUESO SIN PERFORACION NI ABSCESO	6
1485	K57.9	ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL INTESTINO, PARTE NO ESPECIFICADA, SIN PERFORACION NI ABSCESO	6
1486	K58.0	SINDROME DEL COLON IRRITABLE CON DIARREA	3
1487	K58.9	SINDROME DEL COLON IRRITABLE SIN DIARREA	2
1488	K59.0	CONSTIPACION	3
1489	K59.1	DIARREA FUNCIONAL	2
1490	K59.3	MEGACOLON, NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	3
1491	K59.8	OTROS TRASTORNOS FUNCIONALES ESPECIFICADOS DEL INTESTINO	2
1492	K59.9	TRASTORNO FUNCIONAL INTESTINAL, NO ESPECIFICADO	2
1493	K60.0	FISURA ANAL AGUDA	4
1494	K60.1	FISURA ANAL CRONICA	8
1495	K60.2	FISURA ANAL, NO ESPECIFICADA	4
1496	K60.3	FISTULA ANAL	8
1497	K60.4	FISTULA RECTAL	10
1498	K60.5	FISTULA ANORRECTAL	10
1499	K61.0	ABSCESO ANAL	7
1500	K61.1	ABSCESO RECTAL	11
1501	K61.2	ABSCESO ANORRECTAL	9
1502	K61.3	ABSCESO ISQUIORRECTAL	9
1503	K62.0	POLIPO ANAL	4
1504	K62.1	POLIPO RECTAL	4



**TABLA DE TIEMPO ESTANDAR POR CIE-10**

ITEM	CIE 10	DESCRIPCIÓN	TIEMPO ESTÁNDAR
1505	K62.2	PROLAPSO ANAL	7
1506	K62.3	PROLAPSO RECTAL	9
1507	K62.5	HEMORRAGIA DEL ANO Y DEL RECTO	3
1508	K62.7	PROCTITIS POR RADIACION	7
1509	K62.8	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DEL ANO Y DEL RECTO	3
1510	K62.9	ENFERMEDAD DEL ANO Y DEL RECTO, NO ESPECIFICADA	3
1511	K63.2	FISTULA DEL INTESTINO	17
1512	K63.8	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DEL INTESTINO	4
1513	K63.9	ENFERMEDAD DEL INTESTINO, NO ESPECIFICADA	4
1514	K65.0	PERITONITIS AGUDA	18
1515	K65.9	PERITONITIS, NO ESPECIFICADA	18
1516	K66.0	ADHERENCIAS PERITONEALES	5
1517	K70.0	HIGADO ALCOHOLICO ADIPOSO	4
1518	K70.3	CIRROSIS HEPATICA ALCOHOLICA	14
1519	K72.9	INSUFICIENCIA HEPATICA, NO ESPECIFICADA	7
1520	K73.2	HEPATITIS CRONICA ACTIVA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	6
1521	K73.9	HEPATITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	6
1522	K74.0	FIBROSIS HEPATICA	12
1523	K74.3	CIRROSIS BILIAR PRIMARIA	11
1524	K74.4	CIRROSIS BILIAR SECUNDARIA	17
1525	K74.5	CIRROSIS BILIAR, NO ESPECIFICADA	10
1526	K74.6	OTRAS CIRROSIS DEL HIGADO Y LAS NO ESPECIFICADAS	10
1527	K75.0	ABSCESO DEL HIGADO	18
1528	K75.2	HEPATITIS REACTIVA NO ESPECIFICA	9
1529	K75.9	ENFERMEDAD INFLAMATORIA DEL HIGADO, NO ESPECIFICADA	6
1530	K76.0	DEGENERACION GRASA DEL HIGADO, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	2
1531	K76.8	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DEL HIGADO	2
1532	K76.9	ENFERMEDAD DEL HIGADO, NO ESPECIFICADA	2
1533	K77.0	TRASTORNOS DEL HIGADO EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	2
1534	K77.8	TRASTORNOS DEL HIGADO EN OTRAS ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	2
1535	K80.0	CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON COLECISTITIS AGUDA	18
1536	K80.1	CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON OTRA COLECISTITIS	18
1537	K80.2	CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS	2
1538	K80.3	CALCULO DE CONDUCTO BILIAR CON COLANGITIS	11
1539	K80.4	CALCULO DE CONDUCTO BILIAR CON COLECISTITIS	7
1540	K80.5	CALCULO DE CONDUCTO BILIAR SIN COLANGITIS NI COLECISTITIS	2
1541	K80.8	OTRAS COLELITIASIS	2
1542	K81.0	COLECISTITIS AGUDA	8
1543	K81.1	COLECISTITIS CRONICA	8
1544	K81.8	OTRAS COLECISTITIS	4
1545	K81.9	COLECISTITIS, NO ESPECIFICADA	4
1546	K82.0	OBSTRUCCION DE LA VESICULA BILIAR	8
1547	K82.8	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LA VESICULA BILIAR	4
1548	K82.9	ENFERMEDAD DE LA VESICULA BILIAR, NO ESPECIFICADA	4
1549	K83.0	COLANGITIS	11
1550	K83.1	OBSTRUCCION DEL CONDUCTO BILIAR	11
1551	K83.3	FISTULA DEL CONDUCTO BILIAR	16
1552	K83.9	ENFERMEDAD DE LAS VIAS BILIARES, NO ESPECIFICADA	4
1553	K85.0	PANCREATITIS IDIOPATICA AGUDA	11
1554	K85.9	PANCREATITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	10
1555	K86.0	PANCREATITIS CRONICA INDUCIDA POR EL ALCOHOL	11
1556	K86.1	OTRAS PANCREATITIS CRONICAS	10
1557	K86.2	QUISTE DEL PANCREAS	15
1558	K86.3	SEUDOQUISTE DEL PANCREAS	15
1559	K91.3	OBSTRUCCION INTESTINAL POSTOPERATORIA	12
1560	K91.5	SINDROME POSTCOLECISTECTOMIA	6
1561	K92.0	HEMATEMESIS	9
1562	K92.1	MELENA	7
1563	K92.2	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, NO ESPECIFICADA	8
1564	K92.9	ENFERMEDAD DEL SISTEMA DIGESTIVO, NO ESPECIFICADA	4
1565	L01.0	IMPETIGO [CUALQUIER SITIO ANATOMICO] [CUALQUIER ORGANISMO]	4
1566	L01.1	IMPETIGINIZACION DE OTRAS DERMATOSIS	4
1567	L02.0	ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE LA CARA	4
1568	L02.1	ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DEL CUELLO	4
1569	L02.2	ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DEL TRONCO	4
1570	L02.3	ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE GLUTEOS	4
1571	L02.4	ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE MIEMBRO	4
1572	L02.8	ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE OTROS SITIOS	4
1573	L02.9	ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE SITIO NO ESPECIFICADO	3



**TABLA DE TIEMPO ESTANDAR POR CIE-10**

ITEM	CIE 10	DESCRIPCIÓN	TIEMPO ESTÁNDAR
1574	L03.0	CELULITIS DE LOS DEDOS DE LA MANO Y DEL PIE	6
1575	L03.1	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	6
1576	L03.2	CELULITIS DE LA CARA	6
1577	L03.3	CELULITIS DEL TRONCO	6
1578	L03.8	CELULITIS DE OTROS SITIOS	6
1579	L03.9	CELULITIS DE SITIO NO ESPECIFICADO	6
1580	L04.0	LINFADENITIS AGUDA DE CARA, CABEZA Y CUELLO	4
1581	L04.2	LINFADENITIS AGUDA DEL MIEMBRO SUPERIOR	4
1582	L04.3	LINFADENITIS AGUDA DEL MIEMBRO INFERIOR	4
1583	L04.8	LINFADENITIS AGUDA DE OTROS SITIOS	4
1584	L04.9	LINFADENITIS AGUDA DE SITIO NO ESPECIFICADO	4
1585	L05.0	QUISTE PILONIDAL CON ABSCESO	6
1586	L05.9	QUISTE PILONIDAL SIN ABSCESO	4
1587	L08.0	PIODERMA	3
1588	L08.1	ERITRASMA	4
1589	L08.8	OTRAS INFECCIONES LOCALES ESPECIFICADAS DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	3
1590	L08.9	INFECCION LOCAL DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO, NO ESPECIFICADA	3
1591	L10.0	PENFIGO VULGAR	7
1592	L10.9	PENFIGO, NO ESPECIFICADO	7
1593	L20.0	PRURIGO DE BESNIER	4
1594	L20.8	OTRAS DERMATITIS ATOPICAS	2
1595	L20.9	DERMATITIS ATOPICA, NO ESPECIFICADA	2
1596	L21.9	DERMATITIS SEBORREICA, NO ESPECIFICADA	2
1597	L23.0	DERMATITIS ALERGICA DE CONTACTO DEBIDA A METALES	3
1598	L23.1	DERMATITIS ALERGICA DE CONTACTO DEBIDA A ADHESIVOS	3
1599	L23.2	DERMATITIS ALERGICA DE CONTACTO DEBIDA A COSMETICOS	2
1600	L23.4	DERMATITIS ALERGICA DE CONTACTO DEBIDA A COLORANTES	2
1601	L23.5	DERMATITIS ALERGICA DE CONTACTO DEBIDA A OTROS PRODUCTOS QUIMICOS	2
1602	L23.6	DERMATITIS ALERGICA DE CONTACTO DEBIDA A ALIMENTOS EN CONTACTO CON LA PIEL	2
1603	L23.8	DERMATITIS ALERGICA DE CONTACTO DEBIDA A OTROS AGENTES	2
1604	L23.9	DERMATITIS ALERGICA DE CONTACTO, DE CAUSA NO ESPECIFICADA	3
1605	L24.0	DERMATITIS DE CONTACTO POR IRRITANTES, DEBIDA A DETERGENTES	3
1606	L24.2	DERMATITIS DE CONTACTO POR IRRITANTES, DEBIDA A DISOLVENTES	3
1607	L24.5	DERMATITIS DE CONTACTO POR IRRITANTES, DEBIDA A OTROS PRODUCTOS QUIMICOS	3
1608	L24.6	DERMATITIS DE CONTACTO POR IRRITANTES, DEBIDA A ALIMENTOS EN CONTACTO CON LA PIEL	3
1609	L24.8	DERMATITIS DE CONTACTO POR IRRITANTES, DEBIDA A OTROS AGENTES	2
1610	L24.9	DERMATITIS DE CONTACTO POR IRRITANTES, DE CAUSA NO ESPECIFICADA	2
1611	L25.8	DERMATITIS DE CONTACTO, FORMA NO ESPECIFICADA, DEBIDA A OTROS AGENTES	2
1612	L25.9	DERMATITIS DE CONTACTO, FORMA Y CAUSA NO ESPECIFICADAS	2
1613	L26	DERMATITIS EXFOLIATIVA	3
1614	L27.0	ERUPCION CUTANEA GENERALIZADA DEBIDA A DROGAS Y MEDICAMENTOS	3
1615	L27.1	ERUPCION CUTANEA LOCALIZADA DEBIDA A DROGAS Y MEDICAMENTOS	3
1616	L27.2	DERMATITIS DEBIDA A INGESTION DE ALIMENTOS	3
1617	L27.9	DERMATITIS DEBIDA A SUSTANCIAS INGERIDAS NO ESPECIFICADAS	3
1618	L28.0	LIQUEN SIMPLE CRONICO	3
1619	L28.1	PRURIGO NODULAR	3
1620	L29.9	PRURITO, NO ESPECIFICADO	2
1621	L30.0	DERMATITIS NUMULAR	3
1622	L30.1	DISHIDROSIS [PONFOLIX]	4
1623	L30.2	AUTOSENSIBILIZACION CUTANEA	4
1624	L30.3	DERMATITIS INFECCIOSA	3
1625	L30.8	OTRAS DERMATITIS ESPECIFICADAS	3
1626	L30.9	DERMATITIS, NO ESPECIFICADA	2
1627	L40.0	PSORIASIS VULGAR	5
1628	L40.1	PSORIASIS PUSTULOSA GENERALIZADA	9
1629	L40.5	ARTROPAZIA PSORIASICA (M07.0*-M07.3*, M09.0*)	8
1630	L40.8	OTRAS PSORIASIS	5
1631	L40.9	PSORIASIS, NO ESPECIFICADA	4
1632	L43.0	LIQUEN PLANO HIPERTROFICO	3
1633	L43.9	LIQUEN PLANO, NO ESPECIFICADO	3
1634	L50.0	URTICARIA ALERGICA	2
1635	L50.1	URTICARIA IDIOPATICA	3
1636	L50.3	URTICARIA DERMATOGRAFICA	3
1637	L50.5	URTICARIA COLINERGICA	2
1638	L50.6	URTICARIA POR CONTACTO	3
1639	L50.8	OTRAS URTICARIAS	2
1640	L50.9	URTICARIA, NO ESPECIFICADA	2
1641	L52	ERITEMA NUDOSO	5
1642	L55.0	QUEMADURA SOLAR DE PRIMER GRADO	1



**TABLA DE TIEMPO ESTANDAR POR CIE-10**

ITEM	CIE 10	DESCRIPCIÓN	TIEMPO ESTÁNDAR
1643	L55.1	QUEMADURA SOLAR DE SEGUNDO GRADO	2
1644	L56.4	ERUPCION POLIMORFA A LA LUZ	1
1645	L57.0	QUERATOSIS ACTINICA	1
1646	L57.8	OTROS CAMBIOS DE LA PIEL DEBIDOS A EXPOSICION CRONICA A RADIACION NO IONIZANTE	1
1647	L60.0	UÑA ENCARNADA	3
1648	L60.1	ONICOLISIS	1
1649	L60.3	DISTROFIA UNGUEAL	1
1650	L60.8	OTROS TRASTORNOS DE LAS UÑAS	1
1651	L60.9	TRASTORNO DE LA UÑA, NO ESPECIFICADO	1
1652	L63.9	ALOPECIA AREATA, NO ESPECIFICADA	1
1653	L70.0	ACNE VULGAR	1
1654	L70.1	ACNE CONGLOBADO	1
1655	L70.8	OTROS ACNES	1
1656	L70.9	ACNE, NO ESPECIFICADO	1
1657	L71.0	DERMATITIS PERIBUCAL	1
1658	L71.8	OTRAS ROSACEAS	1
1659	L71.9	ROSACEA, NO ESPECIFICADA	1
1660	L72.0	QUISTE EPIDERMICO	2
1661	L72.1	QUISTE TRICODERMICO	3
1662	L72.8	OTROS QUISTES FOLICULARES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	2
1663	L72.9	QUISTE FOLICULAR DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO, SIN OTRA ESPECIFICACION	2
1664	L73.2	HIDRADENITIS SUPURATIVA	2
1665	L80	VITILIGO	1
1666	L81.0	HIPERPIGMENTACION POSTINFLAMATORIA	1
1667	L81.1	CLOASMA	1
1668	L82	QUERATOSIS SEBORREICA	1
1669	L84	CALLOS Y CALLOSIDADES	1
1670	L85.1	QUERATOSIS [QUERATODERMIA] PALMAR Y PLANTAR ADQUIRIDA	3
1671	L89	ULCERA DE DECUBITO	15
1672	L90.0	LIQUEN ESCLEROSO Y ATROFICO	2
1673	L90.5	FIBROSIS Y AFECCIONES CICATRICIALES DE LA PIEL	2
1674	L91.0	CICATRIZ QUELOIDE	1
1675	L91.8	OTROS TRASTORNOS HIPERTROFICOS DE LA PIEL	1
1676	L91.9	TRASTORNO HIPERTROFICO DE LA PIEL, NO ESPECIFICADO	1
1677	L92.3	GRANULOMA POR CUERPO EXTRAÑO EN LA PIEL Y EN EL TEJIDO SUBCUTANEO	3
1678	L92.8	OTROS TRASTORNOS GRANULOMATOSOS DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	2
1679	L92.9	TRASTORNO GRANULOMATOSO DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO, NO ESPECIFICADO	2
1680	L93.0	LUPUS ERITEMATOSO DISCOIDE	5
1681	L94.0	ESCLERODERMA LOCALIZADO [MORFEA]	3
1682	L95.0	VASCULITIS LIVEDOIDE	5
1683	L95.9	VASCULITIS LIMITADA A LA PIEL, SIN OTRA ESPECIFICACION	4
1684	L97	ULCERA DE MIEMBRO INFERIOR, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	18
1685	L98.0	GRANULOMA PIOGENO	6
1686	L98.4	ULCERA CRONICA DE LA PIEL, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	18
1687	L98.8	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	4
1688	L98.9	TRASTORNO DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO, NO ESPECIFICADO	4
1689	L99.0	AMILOIDOSIS DE LA PIEL (E85.-+)	4
1690	L99.8	OTROS TRASTORNOS DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	4
1691	M00.0	ARTRITIS Y POLIARTRITIS ESTAFILOCOCCICA	11
1692	M00.9	ARTRITIS PIOGENA, NO ESPECIFICADA	12
1693	M01.1	ARTRITIS TUBERCULOSA (A18.0+)	30
1694	M02.3	ENFERMEDAD DE REITER	10
1695	M02.8	OTRAS ARTROPATIAS REACTIVAS	11
1696	M02.9	ARTROPATIA REACTIVA, NO ESPECIFICADA	5
1697	M05.0	SINDROME DE FELTY	8
1698	M05.2	VASCULITIS REUMATOIDE	9
1699	M05.3	ARTRITIS REUMATOIDE CON COMPROMISO DE OTROS ORGANOS O SISTEMAS	9
1700	M05.8	OTRAS ARTRITIS REUMATOIDEAS SEROPOSITIVAS	9
1701	M05.9	ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA, SIN OTRA ESPECIFICACION	9
1702	M06.0	ARTRITIS REUMATOIDE SERONEGATIVA	9
1703	M06.1	ENFERMEDAD DE STILL DE COMIENZO EN EL ADULTO	12
1704	M06.2	BURSITIS REUMATOIDE	5
1705	M06.4	POLIARTROPATIA INFLAMATORIA	5
1706	M06.8	OTRAS ARTRITIS REUMATOIDES ESPECIFICADAS	6
1707	M06.9	ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA	9
1708	M07.0	ARTROPATIA PSORIASICA INTERFALANGICA DISTAL (L40.5+)	8
1709	M07.3	OTRAS ARTROPATIAS PSORIASICAS (L40.5+)	8
1710	M08.0	ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL	10
1711	M08.9	ARTRITIS JUVENIL, NO ESPECIFICADA	9



**TABLA DE TIEMPO ESTANDAR POR CIE-10**

ITEM	CIE 10	DESCRIPCIÓN	TIEMPO ESTÁNDAR
1712	M10.0	GOTA IDIOPATICA	5
1713	M10.1	GOTA SATURNINA	8
1714	M10.3	GOTA DEBIDA A ALTERACION RENAL	4
1715	M10.9	GOTA, NO ESPECIFICADA	4
1716	M11.0	ENFERMEDAD POR DEPOSITO DE HIDROXIAPATITA	6
1717	M11.9	ARTROPATIA POR CRISTALES, NO ESPECIFICADA	6
1718	M12.5	ARTROPATIA TRAUMATICA	6
1719	M12.8	OTRAS ARTROPATIAS ESPECIFICAS, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	5
1720	M13.0	POLIARTRITIS, NO ESPECIFICADA	6
1721	M13.1	MONOARTRITIS, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	4
1722	M13.8	OTRAS ARTRITIS ESPECIFICADAS	4
1723	M13.9	ARTRITIS, NO ESPECIFICADA	4
1724	M14.0	ARTROPATIA GOTOSA DEBIDA A DEFECTOS ENZIMATICOS Y A OTROS TRASTORNOS HEREDITARIOS, CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	7
1725	M14.2	ARTROPATIA DIABETICA (E10-E14+ CON CUARTO CARACTER COMUN .6)	8
1726	M14.5	ARTROPATIA EN OTROS TRASTORNOS ENDOCRINOS, METABOLICOS Y NUTRICIONALES	6
1727	M14.8	ARTROPATIA EN OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS, CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	4
1728	M15.0	(OSTEO)ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA	5
1729	M15.1	NODULOS DE HEBERDEN (CON ARTROPATIA)	7
1730	M15.2	NODULOS DE BOUCHARD (CON ARTROPATIA)	5
1731	M15.3	ARTROSIS SECUNDARIA MULTIPLE	5
1732	M15.4	(OSTEO)ARTROSIS EROSIVA	7
1733	M15.8	OTRAS POLIARTROSIS	4
1734	M15.9	POLIARTROSIS, NO ESPECIFICADA	4
1735	M16.0	COXARTROSIS PRIMARIA, BILATERAL	18
1736	M16.1	OTRAS COXARTROSIS PRIMARIAS	18
1737	M16.2	COXARTROSIS A CONSECUENCIA DE DISPLASIA, BILATERAL	16
1738	M16.3	OTRAS COXARTROSIS DISPLASICAS	13
1739	M16.5	OTRA COXARTROSIS POSTRAUMATICA	13
1740	M16.6	OTRA COXARTROSIS SECUNDARIA, BILATERAL	17
1741	M16.7	OTRAS COXARTROSIS SECUNDARIAS	18
1742	M16.9	COXARTROSIS, NO ESPECIFICADA	11
1743	M17.0	GONARTROSIS PRIMARIA, BILATERAL	11
1744	M17.1	OTRAS GONARTROSIS PRIMARIAS	11
1745	M17.2	GONARTROSIS POSTRAUMATICA, BILATERAL	9
1746	M17.3	OTRAS GONARTROSIS POSTRAUMATICAS:	9
1747	M17.4	OTRAS GONARTROSIS SECUNDARIAS, BILATERALES	11
1748	M17.5	OTRAS GONARTROSIS SECUNDARIAS	10
1749	M17.9	GONARTROSIS, NO ESPECIFICADA	5
1750	M18.0	ARTROSIS PRIMARIA DE LA PRIMERA ARTICULACION CARPOMETACARPIANA, BILATERAL	10
1751	M18.9	ARTROSIS DE LA PRIMERA ARTICULACION CARPOMETACARPIANA, SIN OTRA ESPECIFICACION	6
1752	M19.0	ARTROSIS PRIMARIA DE OTRAS ARTICULACIONES	5
1753	M19.1	ARTROSIS POSTRAUMATICA DE OTRAS ARTICULACIONES	5
1754	M19.2	ARTROSIS SECUNDARIA DE OTRAS ARTICULACIONES	4
1755	M19.8	OTRAS ARTROSIS ESPECIFICADAS	4
1756	M19.9	ARTROSIS, NO ESPECIFICADA	4
1757	M20.0	DEFORMIDAD DE DEDO(S) DE LA MANO	11
1758	M20.1	HALLUX VALGUS (ADQUIRIDO)	14
1759	M20.2	HALLUX RIGIDUS	12
1760	M20.3	OTRAS DEFORMIDADES DEL HALLUX (ADQUIRIDAS)	12
1761	M20.4	OTRO(S) DEDO(S) DEL PIE EN MARTILLO (ADQUIRIDOS)	12
1762	M21.0	DEFORMIDAD EN VALGO, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	10
1763	M21.1	DEFORMIDAD EN VARO, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	10
1764	M21.9	DEFORMIDAD ADQUIRIDA DEL MIEMBRO, NO ESPECIFICADA	11
1765	M22.0	LUXACION RECIDIVANTE DE LA ROTULA	14
1766	M22.2	TRASTORNOS ROTULOFEMORALES	10
1767	M22.3	OTROS DESARREGLOS DE LA ROTULA	10
1768	M22.4	CONDROMALACIA DE LA ROTULA	11
1769	M22.9	TRASTORNO DE LA ROTULA, NO ESPECIFICADO	6
1770	M23.0	MENISCO QUISTICO	6
1771	M23.1	MENISCO DISCOIDE (CONGENITO)	10
1772	M23.2	TRASTORNO DE MENISCO DEBIDO A DESGARRO O LESION ANTIGUA	17
1773	M23.3	OTROS TRASTORNOS DE LOS MENISCOS	12
1774	M23.4	CUERPO FLOTANTE EN LA RODILLA	12
1775	M23.5	INESTABILIDAD CRONICA DE LA RODILLA	15
1776	M23.6	OTRA RUPTURA ESPONTANEA DEL (DE LOS) LIGAMENTO(S) DE LA RODILLA	15
1777	M23.8	OTROS TRASTORNOS INTERNOS DE LA RODILLA	6
1778	M23.9	TRASTORNO INTERNO DE LA RODILLA, NO ESPECIFICADO	6
1779	M24.2	TRASTORNO DEL LIGAMENTO	6
1780	M24.3	LUXACION Y SUBLUXACION PATOLOGICA DE LA ARTICULACION, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	6



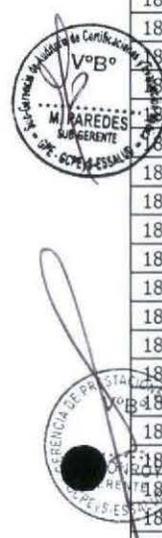
**TABLA DE TIEMPO ESTANDAR POR CIE-10**

ITEM	CIE 10	DESCRIPCIÓN	TIEMPO ESTÁNDAR
1781	M24.4	LUXACION Y SUBLUXACION RECIDIVANTE DE LA ARTICULACION	9
1782	M24.5	CONTRACTURA ARTICULAR	5
1783	M24.6	ANQUILOSIS ARTICULAR	13
1784	M24.9	DESARREGLO ARTICULAR, NO ESPECIFICADO	5
1785	M25.0	HEMARTROSIS	7
1786	M25.1	FISTULA ARTICULAR	9
1787	M25.2	ARTICULACION INESTABLE	8
1788	M25.3	OTRAS INESTABILIDADES ARTICULARES	6
1789	M25.4	DERRAME ARTICULAR	7
1790	M25.5	DOLOR EN ARTICULACION	2
1791	M25.6	RIGIDEZ ARTICULAR, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	9
1792	M25.7	OSTEOFITO	4
1793	M25.8	OTROS TRASTORNOS ARTICULARES ESPECIFICADOS	3
1794	M25.9	TRASTORNO ARTICULAR, NO ESPECIFICADO	3
1795	M30.0	POLIARTERITIS NUDOSA	7
1796	M31.8	OTRAS VASCULOPATIAS NECROTIZANTES ESPECIFICADAS	14
1797	M31.9	VASCULOPATIA NECROTIZANTE, NO ESPECIFICADA	14
1798	M32.0	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO, INDUCIDO POR DROGAS	10
1799	M32.1	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO CON COMPROMISO DE ORGANOS O SISTEMAS	12
1800	M32.8	OTRAS FORMAS DE LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	9
1801	M32.9	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO, SIN OTRA ESPECIFICACION	9
1802	M33.0	DERMATOMIOSITIS JUVENIL	12
1803	M33.1	OTRAS DERMATOMIOSITIS	10
1804	M33.2	POLIMIOSITIS	9
1805	M33.9	DERMATOPOLIMIOSITIS, NO ESPECIFICADA	12
1806	M34.0	ESCLEROSIS SISTEMICA PROGRESIVA	12
1807	M34.9	ESCLEROSIS SISTEMICA, NO ESPECIFICADA	10
1808	M35.0	SINDROME SECO [SJÖGREN]	5
1809	M35.1	OTROS SINDROMES SUPERPUESTOS	7
1810	M35.2	ENFERMEDAD DE BEHCET	30
1811	M35.3	POLIMIALGIA REUMATICA	4
1812	M35.8	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS CON COMPROMISO SISTEMICO DEL TEJIDO CONJUNTIVO	3
1813	M35.9	COMPROMISO SISTEMICO DEL TEJIDO CONJUNTIVO, NO ESPECIFICADO	3
1814	M40.0	CIFOSIS POSTURAL	3
1815	M40.4	OTRAS LORDOSIS	3
1816	M40.5	LORDOSIS, NO ESPECIFICADA	3
1817	M41.0	ESCOLIOSIS IDIOPATICA INFANTIL	3
1818	M41.1	ESCOLIOSIS IDIOPATICA JUVENIL	3
1819	M41.2	OTRAS ESCOLIOSIS IDIOPATICAS	3
1820	M41.4	ESCOLIOSIS NEUROMUSCULAR	3
1821	M41.5	OTRAS ESCOLIOSIS SECUNDARIAS	3
1822	M41.8	OTRAS FORMAS DE ESCOLIOSIS	3
1823	M41.9	ESCOLIOSIS, NO ESPECIFICADA	3
1824	M43.0	ESPONDILOLISIS	10
1825	M43.1	ESPONDILOLISTESIS	18
1826	M43.2	OTRAS FUSIONES DE LA COLUMNA VERTEBRAL	11
1827	M43.6	TORTICOLIS	2
1828	M43.9	DORSOPATIA DEFORMANTE, NO ESPECIFICADA	4
1829	M45	ESPONDILITIS ANQUILOSANTE	7
1830	M46.0	ENTESOPATIA VERTEBRAL	7
1831	M46.1	SACROILIITIS, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	6
1832	M46.4	DISCITIS, NO ESPECIFICADA	7
1833	M46.8	OTRAS ESPONDILOPATIAS INFLAMATORIAS ESPECIFICADAS	4
1834	M46.9	ESPONDILOPATIA INFLAMATORIA, NO ESPECIFICADA	4
1835	M47.0	SINDROMES DE COMPRESION DE LA ARTERIA ESPINAL O VERTEBRAL ANTERIOR (G99.2*)	11
1836	M47.1	OTRAS ESPONDILOSIS CON MIELOPATIA	14
1837	M47.2	OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA	13
1838	M47.8	OTRAS ESPONDILOSIS	4
1839	M47.9	ESPONDILOSIS, NO ESPECIFICADA	3
1840	M48.0	ESTENOSIS ESPINAL	30
1841	M48.2	ESPONDILOPATIA INTERESPINOSA (VERTEBRAS "EN BESO")	11
1842	M48.3	ESPONDILOPATIA TRAUMATICA	8
1843	M48.5	VERTEBRA COLAPSADA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	11
1844	M48.8	OTRAS ESPONDILOPATIAS ESPECIFICADAS	6
1845	M48.9	ESPONDILOPATIA, NO ESPECIFICADA	6
1846	M49.0	TUBERCULOSIS DE LA COLUMNA VERTEBRAL (A18.0+)	30
1847	M49.8	ESPONDILOPATIA EN OTRAS ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	6
1848	M50.0	TRASTORNO DE DISCO CERVICAL CON MIELOPATIA (G99.2*)	16
1849	M50.1	TRASTORNO DE DISCO CERVICAL CON RADICULOPATIA	15



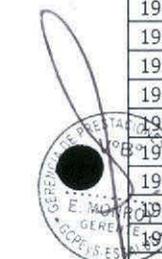
**TABLA DE TIEMPO ESTANDAR POR CIE-10**

ITEM	CIE 10	DESCRIPCIÓN	TIEMPO ESTÁNDAR
1850	M50.2	OTROS DESPLAZAMIENTOS DE DISCO CERVICAL	13
1851	M50.8	OTROS TRASTORNOS DE DISCO CERVICAL	6
1852	M50.9	TRASTORNO DE DISCO CERVICAL, NO ESPECIFICADO	6
1853	M51.0	TRASTORNOS DE DISCOS INTERVERTEBRALES LUMBARES Y OTROS, CON MIELOPATIA (G99.2*)	16
1854	M51.1	TRASTORNOS DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA	15
1855	M51.2	OTROS DESPLAZAMIENTOS ESPECIFICADOS DE DISCO INTERVERTEBRAL	7
1856	M51.3	OTRAS DEGENERACIONES ESPECIFICADAS DE DISCO INTERVERTEBRAL	7
1857	M51.4	NODULOS DE SCHMORL	7
1858	M51.8	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES	6
1859	M51.9	TRASTORNO DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES, NO ESPECIFICADO	6
1860	M53.0	SINDROME CERVICOCRANEAL	8
1861	M53.1	SINDROME CERVICOBRAQUIAL	9
1862	M53.2	INESTABILIDAD DE LA COLUMNA VERTEBRAL	11
1863	M53.3	TRASTORNOS SACROCOCCIGEOS, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	7
1864	M53.8	OTRAS DORSOPATIAS ESPECIFICADAS	4
1865	M53.9	DORSOPATIA, NO ESPECIFICADA	4
1866	M54.0	PANICULITIS QUE AFECTA REGIONES DEL CUELLO Y DE LA ESPALDA	4
1867	M54.1	RADICULOPATIA	14
1868	M54.2	CERVICALGIA	4
1869	M54.3	CIATICA	14
1870	M54.4	LUMBAGO CON CIATICA	14
1871	M54.5	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	7
1872	M54.6	DOLOR EN LA COLUMNA DORSAL	4
1873	M54.8	OTRAS DORSALGIAS	4
1874	M54.9	DORSALGIA, NO ESPECIFICADA	4
1875	M60.0	MIOSITIS INFECCIOSA	7
1876	M60.1	MIOSITIS INTERSTICIAL	7
1877	M60.2	GRANULOMA POR CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDO BLANDO, NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	6
1878	M60.9	MIOSITIS, NO ESPECIFICADA	5
1879	M62.0	DIASTASIS DEL MUSCULO	3
1880	M62.1	OTROS DESGARROS (NO TRAUMATICOS) DEL MUSCULO	9
1881	M62.2	INFARTO ISQUEMICO DEL MUSCULO	8
1882	M62.4	CONTRACTURA MUSCULAR	3
1883	M62.5	ATROFIA Y DESGASTE MUSCULARES, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	7
1884	M62.6	DISTENSION MUSCULAR	4
1885	M62.8	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LOS MUSCULOS	4
1886	M62.9	TRASTORNO MUSCULAR, NO ESPECIFICADO	4
1887	M63.8	OTROS TRASTORNOS DE LOS MUSCULOS EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	4
1888	M65.0	ABSCESO DE VAINA TENDINOSA	7
1889	M65.1	OTRAS (TENOSINOVITIS INFECCIOSAS	7
1890	M65.2	TENDINITIS CALCIFICADA	4
1891	M65.3	DEDO EN GATILLO	14
1892	M65.4	TENOSINOVITIS DE ESTILOIDES RADIAL [DE QUERVAIN]	10
1893	M65.8	OTRAS SINOVITIS Y TENOSINOVITIS	10
1894	M65.9	SINOVITIS Y TENOSINOVITIS, NO ESPECIFICADA	10
1895	M66.0	RUPTURA DE QUISTE SINOVIAL POPLITEO	15
1896	M66.1	RUPTURA DE LA SINOVIA	10
1897	M66.2	RUPTURA ESPONTANEA DE TENDONES EXTENSORES	18
1898	M66.3	RUPTURA ESPONTANEA DE TENDONES FLEXORES	18
1899	M66.4	RUPTURA ESPONTANEA DE OTROS TENDONES	18
1900	M66.5	RUPTURA ESPONTANEA DE TENDON NO ESPECIFICADO	11
1901	M67.0	ACORTAMIENTO DEL TENDON DE AQUILES (ADQUIRIDO)	11
1902	M67.1	OTRAS CONTRACTURAS DE TENDON (VAINA)	5
1903	M67.3	SINOVITIS TRANSITORIA	7
1904	M67.4	GANGLION	7
1905	M67.8	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LA SINOVIA Y DEL TENDON	4
1906	M67.9	TRASTORNO SINOVIAL Y TENDINOSO, NO ESPECIFICADO	4
1907	M68.0	SINOVITIS Y TENOSINOVITIS EN ENFERMEDADES BACTERIANAS CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	7
1908	M68.8	OTROS TRASTORNOS SINOVIALES Y TENDINOSOS EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	4
1909	M70.0	SINOVITIS CREPITANTE CRONICA DE LA MANO Y DE LA MUÑECA	6
1910	M70.1	BURSITIS DE LA MANO	4
1911	M70.2	BURSITIS DEL OLECRANON	6
1912	M70.3	OTRAS BURSITIS DEL CODO	5
1913	M70.4	OTRAS BURSITIS PRERROTULIANAS	7
1914	M70.5	OTRAS BURSITIS DE LA RODILLA	7
1915	M70.6	BURSITIS DEL TROCANTER	5
1916	M70.7	OTRAS BURSITIS DE LA CADERA	6
1917	M70.8	OTROS TRASTORNOS DE LOS TEJIDOS BLANDOS RELACIONADOS CON EL USO, EL USO EXCESIVO Y LA PRESION	5



**TABLA DE TIEMPO ESTANDAR POR CIE-10**

ITEM	CIE 10	DESCRIPCIÓN	TIEMPO ESTÁNDAR
1918	M70.9	TRASTORNO NO ESPECIFICADO DE LOS TEJIDOS BLANDOS RELACIONADO CON EL USO, EL USO EXCESIVO Y LA PRESION	5
1919	M71.1	OTRAS BURSITIS INFECCIOSAS	6
1920	M71.2	QUISTE SINOVIAL DEL HUECO POPLITEO [DE BAKER]	9
1921	M71.5	OTRAS BURSITIS, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	5
1922	M71.9	BURSOPATIA, NO ESPECIFICADA	5
1923	M72.0	FIBROMATOSIS DE LA APONEUROSIS PALMAR [DUPUYTREN]	14
1924	M72.2	FIBROMATOSIS DE LA APONEUROSIS PLANTAR	7
1925	M72.5	FASCITIS, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	6
1926	M72.9	TRASTORNO FIBROBLASTICO, NO ESPECIFICADO	6
1927	M75.0	CAPSULITIS ADHESIVA DEL HOMBRO	9
1928	M75.1	SINDROME DEL MANGUITO ROTATORIO	11
1929	M75.2	TENDINITIS DEL BICEPS	6
1930	M75.3	TENDINITIS CALCIFICANTE DEL HOMBRO	5
1931	M75.4	SINDROME DE ABDUCCION DOLOROSA DEL HOMBRO	12
1932	M75.5	BURSITIS DEL HOMBRO	12
1933	M75.8	OTRAS LESIONES DEL HOMBRO	4
1934	M75.9	LESION DEL HOMBRO, NO ESPECIFICADA	4
1935	M76.0	TENDINITIS DEL GLUTEO	5
1936	M76.1	TENDINITIS DEL PSOAS	5
1937	M76.3	SINDROME DEL TENDON DEL TENSOR DE LA FASCIA LATA	7
1938	M76.4	BURSITIS TIBIAL COLATERAL [PELLEGRINI-STIEDA]	6
1939	M76.5	TENDINITIS ROTULIANA	5
1940	M76.6	TENDINITIS AQUILIANA	6
1941	M76.7	TENDINITIS PERONEAL	6
1942	M76.8	OTRAS ENTESOPATIAS DEL MIEMBRO INFERIOR, EXCLUIDO EL PIE	7
1943	M76.9	ENTESOPATIA DEL MIEMBRO INFERIOR, NO ESPECIFICADA	5
1944	M77.0	EPICONDILITIS MEDIA	5
1945	M77.1	EPICONDILITIS LATERAL	8
1946	M77.2	PERIARTRITIS DE LA MUÑECA	5
1947	M77.3	ESPOLON CALCANEO	7
1948	M77.4	METATARSALGIA	5
1949	M77.5	OTRAS ENTESOPATIAS DEL PIE	5
1950	M77.8	OTRAS ENTESOPATIAS, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	5
1951	M77.9	ENTESOPATIA, NO ESPECIFICADA	4
1952	M79.0	REUMATISMO, NO ESPECIFICADO	5
1953	M79.1	MIALGIA	6
1954	M79.2	NEURALGIA Y NEURITIS, NO ESPECIFICADAS	7
1955	M79.3	PANICULITIS, NO ESPECIFICADA	4
1956	M79.5	CUERPO EXTRAÑO RESIDUAL EN TEJIDO BLANDO	4
1957	M79.6	DOLOR EN MIEMBRO	2
1958	M79.7	FIBROMIALGIA	5
1959	M79.8	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LOS TEJIDOS BLANDOS	4
1960	M79.9	TRASTORNO DE LOS TEJIDOS BLANDOS, NO ESPECIFICADO	4
1961	M80.0	OSTEOPOROSIS POSTMENOPAUSICA, CON FRACTURA PATOLOGICA	14
1962	M81.0	OSTEOPOROSIS POSTMENOPAUSICA, SIN FRACTURA PATOLOGICA	4
1963	M81.3	OSTEOPOROSIS POR MALABSORCION POSTQUIRURGICA, SIN FRACTURA PATOLOGICA	4
1964	M81.5	OSTEOPOROSIS IDIOPATICA, SIN FRACTURA PATOLOGICA	4
1965	M81.9	OSTEOPOROSIS NO ESPECIFICADA, SIN FRACTURA PATOLOGICA	3
1966	M84.0	CONSOLIDACION DEFECTUOSA DE FRACTURA	30
1967	M84.1	FALTA DE CONSOLIDACION DE FRACTURA [SEUDOARTROSIS]	30
1968	M84.2	CONSOLIDACION RETARDADA DE FRACTURA	30
1969	M84.4	FRACTURA PATOLOGICA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	30
1970	M84.9	TRASTORNO DE LA CONTINUIDAD DEL HUESO, NO ESPECIFICADO	18
1971	M86.0	OSTEOMIELITIS HEMATOGENA AGUDA	30
1972	M86.4	OSTEOMIELITIS CRONICA CON DRENAJE DEL SENOS	30
1973	M86.6	OTRAS OSTEOOMIELITIS CRONICAS	18
1974	M86.9	OSTEOMIELITIS, NO ESPECIFICADA	14
1975	M87.0	NECROSIS ASEPTICA IDIOPATICA OSEA	30
1976	M89.0	ALGONEURODISTROFIA	30
1977	M90.0	TUBERCULOSIS OSEA (A18.0+)	30
1978	M93.1	ENFERMEDAD DE KIENBICK DEL ADULTO	18
1979	M93.2	OSTEOCONDRIITIS DISECANTE	6
1980	M93.8	OTRAS OSTEOCONDROPATIAS ESPECIFICADAS	6
1981	M93.9	OSTEOCONDROPATIA, NO ESPECIFICADA	4
1982	M94.0	SINDROME DE LA ARTICULACION CONDRICOSTAL [TIETZE]	2
1983	M94.2	CONDROMALACIA	8
1984	M94.8	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DEL CARTILAGO	4
1985	M94.9	TRASTORNO DEL CARTILAGO, NO ESPECIFICADO	4
1986	M95.0	DEFORMIDAD ADQUIRIDA DE LA NARIZ	1

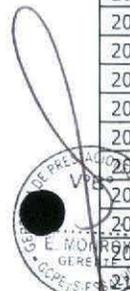


**TABLA DE TIEMPO ESTANDAR POR CIE-10**

ITEM	CIE 10	DESCRIPCIÓN	TIEMPO ESTÁNDAR
1987	M96.0	SEUDOARTROSIS CONSECUTIVA A FUSION O ARTRODESIS	18
1988	M96.1	SINDROME POSTLAMINECTOMIA, NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	18
1989	M99.1	COMPLEJO DE SUBLUXACION (VERTEBRAL)	12
1990	M99.4	ESTENOSIS DEL CANAL NEURAL POR TEJIDO CONJUNTIVO	18
1991	M99.5	ESTENOSIS DEL CANAL NEURAL POR DISCO INTERVERTEBRAL	18
1992	M99.9	LESION BIOMECANICA, NO ESPECIFICADA	9
1993	N02.0	HEMATURIA RECURRENTE Y PERSISTENTE, ANOMALIA GLOMERULAR MINIMA	8
1994	N02.8	HEMATURIA RECURRENTE Y PERSISTENTE, OTRAS	6
1995	N02.9	HEMATURIA RECURRENTE Y PERSISTENTE, NO ESPECIFICADA	9
1996	N04.0	SINDROME NEFROTICO, ANOMALIA GLOMERULAR MINIMA	14
1997	N04.9	SINDROME NEFROTICO, NO ESPECIFICADA	12
1998	N08.0	TRASTORNOS GLOMERULARES EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	14
1999	N08.2	TRASTORNOS GLOMERULARES EN ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y OTROS TRASTORNOS QUE AFECTAN AL MECANISMO INMUNITARIO	14
2000	N08.3	TRASTORNOS GLOMERULARES EN DIABETES MELLITUS (E10-E14+ CON CUARTO CARACTER COMUN .2)	14
2001	N08.8	TRASTORNOS GLOMERULARES EN OTRAS ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	12
2002	N10	NEFRITIS TUBULOINTERSTICIAL AGUDA	7
2003	N11.0	PIELONEFRITIS CRONICA NO OBSTRUCTIVA ASOCIADA CON REFLUJO	7
2004	N11.1	PIELONEFRITIS CRONICA OBSTRUCTIVA	7
2005	N11.9	NEFRITIS TUBULOINTERSTICIAL CRONICA, SIN OTRA ESPECIFICACION	7
2006	N12	NEFRITIS TUBULOINTERSTICIAL, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA O CRONICA	7
2007	N13.0	HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO-PELVICA	12
2008	N13.1	HIDRONEFROSIS CON ESTRECHEZ URETERAL, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	9
2009	N13.2	HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION POR CALCULOS DEL RIÑON Y DEL URETER	7
2010	N13.3	OTRAS HIDRONEFROSIS Y LAS NO ESPECIFICADAS	7
2011	N13.6	PIELONEFROSIS	6
2012	N13.9	UROPATIA OBSTRUCTIVA Y POR REFLUJO, SIN OTRA ESPECIFICACION	6
2013	N17.0	INSUFICIENCIA RENAL AGUDA CON NECROSIS TUBULAR	14
2014	N17.9	INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, NO ESPECIFICADA	9
2015	N18.0	INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL	30
2016	N18.1	ENFERMEDAD RENAL CRONICA ESTADIO 1	10
2017	N18.3	ENFERMEDAD RENAL CRONICA ESTADIO 3	14
2018	N18.4	ENFERMEDAD RENAL CRONICA ESTADIO 4	16
2019	N18.5	ENFERMEDAD RENAL CRONICA ESTADIO 5	30
2020	N18.6	ENFERMEDAD RENAL CRONICA ESTADIO 5 CON DIALISIS	30
2021	N18.9	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, NO ESPECIFICADA	10
2022	N20.0	CALCULO DEL RIÑON	5
2023	N20.1	CALCULO DEL URETER	5
2024	N20.2	CALCULO DEL RIÑON CON CALCULO DEL URETER	5
2025	N20.9	CALCULO URINARIO, NO ESPECIFICADO	5
2026	N21.0	CALCULO EN LA VEJIGA	5
2027	N21.1	CALCULO EN LA URETRA	5
2028	N21.9	CALCULO DE LAS VIAS URINARIAS INFERIORES, NO ESPECIFICADO	4
2029	N22.0	LITIASIS URINARIA EN ESQUISTOSOMIASIS [BILHARZIASIS] (B65.+)	4
2030	N22.8	CALCULO DE LAS VIAS URINARIAS EN OTRAS ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	4
2031	N23	COLICO RENAL, NO ESPECIFICADO	3
2032	N28.0	ISQUEMIA E INFARTO DEL RIÑON	11
2033	N28.1	QUISTE DE RIÑON, ADQUIRIDO	8
2034	N29.0	SIFILIS RENAL TARDIA (A52.7+)	4
2035	N30.0	CISTITIS AGUDA	1
2036	N30.1	CISTITIS INTERSTICIAL (CRONICA)	3
2037	N30.2	OTRAS CISTITIS CRONICAS	3
2038	N30.3	TRIGONITIS	1
2039	N30.8	OTRAS CISTITIS	1
2040	N30.9	CISTITIS, NO ESPECIFICADA	1
2041	N31.0	VEJIGA NEUROPATICA NO INHIBIDA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	10
2042	N31.1	VEJIGA NEUROPATICA REFLEJA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	10
2043	N31.2	VEJIGA NEUROPATICA FLACIDA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	10
2044	N31.9	DISFUNCION NEUROMUSCULAR DE LA VEJIGA, NO ESPECIFICADA	10
2045	N32.0	OBSTRUCCION DE CUELLO DE LA VEJIGA	8
2046	N32.2	FISTULA DE LA VEJIGA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	17
2047	N34.0	ABSCESO URETRAL	4
2048	N34.1	URETRITIS NO ESPECIFICA	3
2049	N34.3	SINDROME URETRAL, NO ESPECIFICADO	3
2050	N35.0	ESTRECHEZ URETRAL POSTRAUMATICA	9
2051	N35.9	ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA	9
2052	N37.0	URETRITIS EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	3
2053	N39.0	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	3
2054	N39.1	PROTEINURIA PERSISTENTE, NO ESPECIFICADA	1

**TABLA DE TIEMPO ESTANDAR POR CIE-10**

ITEM	CIE 10	DESCRIPCIÓN	TIEMPO ESTÁNDAR
2055	N39.3	INCONTINENCIA URINARIA POR TENSION	3
2056	N39.4	OTRAS INCONTINENCIAS URINARIAS ESPECIFICADAS	3
2057	N39.8	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DEL SISTEMA URINARIO	3
2058	N39.9	TRASTORNO DEL SISTEMA URINARIO, NO ESPECIFICADO	3
2059	N40	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	1
2060	N41.0	PROSTATITIS AGUDA	1
2061	N41.1	PROSTATITIS CRONICA	2
2062	N41.9	ENFERMEDAD INFLAMATORIA DE LA PROSTATA, NO ESPECIFICADA	2
2063	N43.0	HIDROCELE ENQUISTADO	3
2064	N43.3	HIDROCELE, NO ESPECIFICADO	3
2065	N43.4	ESPERMATOCELE	3
2066	N45.0	ORQUITIS, EPIDIDIMITIS Y ORQUIEPIPIDIMITIS CON ABSCESO	6
2067	N45.9	ORQUITIS, EPIDIDIMITIS Y ORQUIEPIPIDIMITIS SIN ABSCESO	4
2068	N46	ESTERILIDAD EN EL VARON	1
2069	N47	PREPUCIO REDUNDANTE, FIMOSIS Y PARAFIMOSIS	1
2070	N48.0	LEUCOPLASIA DEL PENE	3
2071	N48.1	BALANOPOSTITIS	3
2072	N48.5	ULCERA DEL PENE	4
2073	N48.9	TRASTORNO DEL PENE, NO ESPECIFICADO	3
2074	N49.2	TRASTORNOS INFLAMATORIOS DEL ESCROTO	3
2075	N49.8	OTROS TRASTORNOS INFLAMATORIOS DE LOS ORGANOS GENITALES MASCULINOS	3
2076	N49.9	TRASTORNO INFLAMATORIO DE ORGANO GENITAL MASCULINO, NO ESPECIFICADO	3
2077	N50.0	ATROFIA DEL TESTICULO	4
2078	N50.1	TRASTORNOS VASCULARES DE LOS ORGANOS GENITALES MASCULINOS	4
2079	N50.9	TRASTORNO NO ESPECIFICADO DE LOS ORGANOS GENITALES MASCULINOS	3
2080	N51.1	TRASTORNOS DEL TESTICULO Y DEL EPIDIDIMO EN ENFERMEADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	3
2081	N60.0	QUISTE SOLITARIO DE LA MAMA	4
2082	N60.1	MASTOPATIA QUISTICA DIFUSA	5
2083	N60.2	FIBROADENOSIS DE MAMA	5
2084	N60.4	ECTASIA DE CONDUCTO MAMARIO	4
2085	N60.9	DISPLASIA MAMARIA BENIGNA, SIN OTRA ESPECIFICACION	4
2086	N61	TRASTORNOS INFLAMATORIOS DE LA MAMA	3
2087	N62	HIPERTROFIA DE LA MAMA	4
2088	N63	MASA NO ESPECIFICADA EN LA MAMA	2
2089	N64.0	FISURA Y FISTULA DEL PEZON	2
2090	N64.4	MASTODINIA	1
2091	N64.8	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LA MAMA	1
2092	N64.9	TRASTORNO DE LA MAMA, NO ESPECIFICADO	1
2093	N70.0	SALPINGITIS Y OOFORITIS AGUDA	5
2094	N70.1	SALPINGITIS Y OOFORITIS CRONICA	5
2095	N70.9	SALPINGITIS Y OOFORITIS, NO ESPECIFICADAS	5
2096	N71.0	ENFERMEDAD INFLAMATORIA AGUDA DEL UTERO	4
2097	N71.1	ENFERMEDAD INFLAMATORIA CRONICA DEL UTERO	4
2098	N71.9	ENFERMEDAD INFLAMATORIA DEL UTERO, NO ESPECIFICADA	4
2099	N72	ENFERMEDAD INFLAMATORIA DEL CUELLO UTERINO	4
2100	N73.0	PARAMETRITIS Y CELULITIS PELVICA AGUDA	7
2101	N73.1	PARAMETRITIS Y CELULITIS PELVICA CRONICA	7
2102	N73.3	PERITONITIS PELVICA AGUDA, FEMENINA	10
2103	N73.6	ADHERENCIAS PERITONEALES PELVICAS FEMENINAS	4
2104	N73.8	OTRAS ENFERMEADES INFLAMATORIAS PELVICAS FEMENINAS	5
2105	N73.9	ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA FEMENINA, NO ESPECIFICADA	5
2106	N74.4	ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA FEMENINA POR CLAMIDIAS (A56.1+)	2
2107	N74.8	TRASTORNOS INFLAMATORIOS PELVICOS FEMENINOS EN OTRAS ENFERMEADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	2
2108	N75.0	QUISTE DE LA GLANDULA DE BARTHOLIN	4
2109	N75.1	ABSCESO DE LA GLANDULA DE BARTHOLIN	7
2110	N75.9	ENFERMEDAD DE LA GLANDULA DE BARTHOLIN, NO ESPECIFICADA	4
2111	N76.0	VAGINITIS AGUDA	3
2112	N76.1	VAGINITIS SUBAGUDA Y CRONICA	3
2113	N76.2	VULVITIS AGUDA	2
2114	N76.3	VULVITIS SUBAGUDA Y CRONICA	2
2115	N76.4	ABSCESO VULVAR	3
2116	N76.8	OTRAS INFLAMACIONES ESPECIFICADAS DE LA VAGINA Y DE LA VULVA	2
2117	N77.1	VAGINITIS, VULVITIS Y VULVOVAGINITIS EN ENFERMEADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	3
2118	N80.0	ENDOMETRIOSIS DEL UTERO	9
2119	N80.1	ENDOMETRIOSIS DEL OVARIO	8
2120	N80.3	ENDOMETRIOSIS DEL PERITONEO PELVICO	8
2121	N80.9	ENDOMETRIOSIS, NO ESPECIFICADA	8
2122	N81.0	URETROCELE FEMENINO	7



**TABLA DE TIEMPO ESTANDAR POR CIE-10**

ITEM	CIE 10	DESCRIPCIÓN	TIEMPO ESTÁNDAR
2123	N81.1	CISTOCELE	7
2124	N81.2	PROLAPSO UTEROVAGINAL INCOMPLETO	7
2125	N81.3	PROLAPSO UTEROVAGINAL COMPLETO	7
2126	N81.9	PROLAPSO GENITAL FEMENINO, NO ESPECIFICADO	7
2127	N82.0	FISTULA VESICOVAGINAL	18
2128	N83.0	QUISTE FOLICULAR DEL OVARIO	4
2129	N83.1	QUISTE DEL CUERPO AMARILLO	4
2130	N83.2	OTROS QUISTES OVARICOS Y LOS NO ESPECIFICADOS	4
2131	N83.9	ENFERMEDAD NO INFLAMATORIA DEL OVARIO, DE LA TROMPA DE FALOPIO Y DEL LIGAMENTO ANCHO, NO ESPECIFICADA	3
2132	N84.0	POLIPO DEL CUERPO DEL UTERO	3
2133	N84.1	POLIPO DEL CUELLO DEL UTERO	3
2134	N85.0	HIPERPLASIA DE GLANDULA DEL ENDOMETRIO:	4
2135	N85.1	HIPERPLASIA ADENOMATOSA DEL ENDOMETRIO	4
2136	N85.7	HEMATOMETRA	4
2137	N85.9	TRASTORNO NO INFLAMATORIO DEL UTERO, NO ESPECIFICADO	3
2138	N86	EROSION Y ECTROPION DEL CUELLO DEL UTERO	4
2139	N87.0	DISPLASIA CERVICAL LEVE	2
2140	N87.1	DISPLASIA CERVICAL MODERADA	4
2141	N87.2	DISPLASIA CERVICAL SEVERA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	6
2142	N87.9	DISPLASIA DEL CUELLO DEL UTERO, NO ESPECIFICADA	3
2143	N90.7	QUISTE DE LA VULVA	3
2144	N91.1	AMENORREA SECUNDARIA	3
2145	N91.2	AMENORREA, SIN OTRA ESPECIFICACION	3
2146	N92.0	MENSTRUACION EXCESIVA Y FRECUENTE CON CICLO REGULAR	3
2147	N92.1	MENSTRUACION EXCESIVA Y FRECUENTE CON CICLO IRREGULAR	3
2148	N92.4	HEMORRAGIA EXCESIVA EN PERIODO PREMENOPAUSICO	3
2149	N92.5	OTRAS MENSTRUACIONES IRREGULARES ESPECIFICADAS	3
2150	N92.6	MENSTRUACION IRREGULAR, NO ESPECIFICADA	3
2151	N93.0	HEMORRAGIA POSTCOITO Y POSTCONTACTO	3
2152	N93.8	OTRAS HEMORRAGIAS UTERINAS O VAGINALES ANORMALES ESPECIFICADAS	7
2153	N93.9	HEMORRAGIA VAGINAL Y UTERINA ANORMAL, NO ESPECIFICADA	7
2154	N94.0	DOLOR INTERMENSTRUAL	2
2155	N94.4	DISMENORREA PRIMARIA	1
2156	N94.5	DISMENORREA SECUNDARIA	1
2157	N94.6	DISMENORREA, NO ESPECIFICADA	1
2158	N94.8	OTRAS AFECCIONES ESPECIFICADAS ASOCIADAS CON LOS ORGANOS GENITALES FEMENINOS Y EL CICLO MENSTRUAL	2
2159	N95.0	HEMORRAGIA POSTMENOPAUSICA	3
2160	N95.1	ESTADOS MENOPAUSICOS Y CLIMATERICOS FEMENINOS	1
2161	N95.2	VAGINITIS ATROFICA POSTMENOPAUSICA	1
2162	N95.3	ESTADOS ASOCIADOS CON MENOPAUSIA ARTIFICIAL	1
2163	N95.9	TRASTORNO MENOPAUSICO Y PERIMENOPAUSICO, NO ESPECIFICADO	4
2164	N96	ABORTADORA HABITUAL	4
2165	N97.0	INFERTILIDAD FEMENINA ASOCIADA CON FALTA DE OVULACION	3
2166	N97.1	INFERTILIDAD FEMENINA DE ORIGEN TUBARICO	3
2167	N97.8	INFERTILIDAD FEMENINA DE OTRO ORIGEN	3
2168	N97.9	INFERTILIDAD FEMENINA, NO ESPECIFICADA	3
2169	N99.1	ESTRECHEZ URETRAL CONSECUTIVA A PROCEDIMIENTOS	12
2170	N99.4	ADHERENCIAS PERITONEALES PELVICAS CONSECUTIVAS A PROCEDIMIENTOS	8
2171	N99.8	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA GENITOURINARIO CONSECUTIVOS A PROCEDIMIENTOS	9
2172	O00.1	EMBARAZO TUBARICO	11
2173	O00.9	EMBARAZO ECTOPICO, NO ESPECIFICADO	8
2174	O02.1	ABORTO RETENIDO	6
2175	O03.0	ABORTO ESPONTANEO, INCOMPLETO, COMPLICADO CON INFECCION GENITAL Y PELVIANA	6
2176	O03.1	ABORTO ESPONTANEO, INCOMPLETO, COMPLICADO POR HEMORRAGIA EXCESIVA O TARDIA	6
2177	O03.4	ABORTO ESPONTANEO, INCOMPLETO, SIN COMPLICACION	6
2178	O03.9	ABORTO ESPONTANEO, COMPLETO O NO ESPECIFICADO, SIN COMPLICACION	6
2179	O06.3	ABORTO NO ESPECIFICADO, INCOMPLETO, CON OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS Y LAS NO ESPECIFICADAS	6
2180	O06.4	ABORTO NO ESPECIFICADO, INCOMPLETO, SIN COMPLICACION	6
2181	O10.0	HIPERTENSION ESENCIAL PREEXISTENTE QUE COMPLICA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	8
2182	O12.0	EDEMA GESTACIONAL	5
2183	O13	HIPERTENSION GESTACIONAL [INDUCIDA POR EL EMBARAZO] SIN PROTEINURIA SIGNIFICATIVA	8
2184	O14.0	PREECLAMPSIA MODERADA	9
2185	O14.1	PREECLAMPSIA SEVERA	12
2186	O14.9	PREECLAMPSIA, NO ESPECIFICADA	8
2187	O20.0	AMENAZA DE ABORTO	9
2188	O20.8	OTRAS HEMORRAGIAS PRECOCES DEL EMBARAZO	8
2189	O20.9	HEMORRAGIA PRECOZ DEL EMBARAZO, SIN OTRA ESPECIFICACION	8

Suplenza de Unidad de Certificación  
 VPB°  
 M. PAREDES  
 SUBGERENTE  
 GERENCIA DE GESTIÓN  
 OPERACIONAL

GERENCIA DE GESTIÓN  
 OPERACIONAL

**TABLA DE TIEMPO ESTANDAR POR CIE-10**

ITEM	CIE 10	DESCRIPCIÓN	TIEMPO ESTÁNDAR
2190	O21.0	HIPEREMESIS GRAVIDICA LEVE	5
2191	O21.1	HIPEREMESIS GRAVIDICA CON TRASTORNOS METABOLICOS	8
2192	O21.2	HIPEREMESIS GRAVIDICA TARDIA	6
2193	O21.9	VOMITOS DEL EMBARAZO, NO ESPECIFICADOS	4
2194	O23.0	INFECCION DEL RIÑON EN EL EMBARAZO	11
2195	O23.1	INFECCION DE LA VEJIGA URINARIA EN EL EMBARAZO	5
2196	O23.3	INFECCION DE OTRAS PARTES DE LAS VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO	4
2197	O23.4	INFECCION NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO	4
2198	O23.5	INFECCION GENITAL EN EL EMBARAZO	3
2199	O23.9	OTRAS INFECCIONES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LAS VIAS GENITOURINARIAS EN EL EMBARAZO	3
2200	O44.0	PLACENTA PREVIA CON ESPECIFICACION DE QUE NO HUBO HEMORRAGIA	12
2201	O44.1	PLACENTA PREVIA CON HEMORRAGIA	13
2202	O46.9	HEMORRAGIA ANTEPARTO, NO ESPECIFICADA	8
2203	O47.1	FALSO TRABAJO DE PARTO A LAS 37 Y MAS SEMANAS COMPLETAS DE GESTACION	8
2204	O47.9	FALSO TRABAJO DE PARTO, SIN OTRA ESPECIFICACION	8
2205	O62.0	CONTRACCIONES PRIMARIAS INADECUADAS	8
2206	O86.0	INFECCION DE HERIDA QUIRURGICA OBSTETRICA	9
2207	O90.1	DEHISCENCIA DE SUTURA OBSTETRICA PERINEAL	9
2208	O91.0	INFECCIONES DEL PEZON ASOCIADAS CON EL PARTO	9
2209	O91.1	ABSCESO DE LA MAMA ASOCIADO CON EL PARTO	18
2210	O91.2	MASTITIS NO PURULENTA ASOCIADA CON EL PARTO	4
2211	O99.5	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO QUE COMPLICAN EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	4
2212	O99.6	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO QUE COMPLICAN EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	4
2213	O99.8	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS Y AFECIONES QUE COMPLICAN EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	7
2214	R00.0	TAQUICARDIA, NO ESPECIFICADA	2
2215	R00.1	BRADICARDIA, NO ESPECIFICADA	2
2216	R00.2	PALPITACIONES	2
2217	R03.0	LECTURA ELEVADA DE LA PRESION SANGUINEA, SIN DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION	2
2218	R04.0	EPISTAXIS	3
2219	R04.1	HEMORRAGIA DE LA GARGANTA	2
2220	R04.2	HEMOPTISIS	1
2221	R04.9	HEMORRAGIA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS, NO ESPECIFICADA	2
2222	R05	TOS	1
2223	R06.0	DISNEA	2
2224	R06.6	HIPO	1
2225	R07.0	DOLOR DE GARGANTA	1
2226	R07.1	DOLOR EN EL PECHO AL RESPIRAR	2
2227	R07.2	DOLOR PRECORDIAL	2
2228	R07.4	DOLOR EN EL PECHO, NO ESPECIFICADO	1
2229	R09.1	PLEURESIA	3
2230	R10.0	ABDOMEN AGUDO	2
2231	R10.1	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	2
2232	R10.2	DOLOR PELVICO Y PERINEAL	2
2233	R10.3	DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN	2
2234	R10.4	OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	2
2235	R11	NAUSEA Y VOMITO	2
2236	R12	ACIDEZ	1
2237	R13	DISFAGIA	2
2238	R14	FLATULENCIA Y AFECIONES AFINES	1
2239	R16.0	HEPATOMEGALIA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	2
2240	R17	ICTERICIA NO ESPECIFICADA	2
2241	R18	ASCITIS	2
2242	R20.2	PARESTESIA DE LA PIEL	2
2243	R22.2	TUMEFACCION, MASA O PROMINENCIA LOCALIZADA EN EL TRONCO	2
2244	R22.3	TUMEFACCION, MASA O PROMINENCIA LOCALIZADA EN EL MIEMBRO SUPERIOR	2
2245	R22.4	TUMEFACCION, MASA O PROMINENCIA LOCALIZADA EN EL MIEMBRO INFERIOR	2
2246	R22.9	TUMEFACCION, MASA O PROMINENCIA LOCALIZADA EN PARTE NO ESPECIFICADA	2
2247	R26.2	DIFICULTAD PARA CAMINAR, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	2
2248	R27.0	ATAXIA, NO ESPECIFICADA	30
2249	R29.8	OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LOS SISTEMAS NERVIOSO Y OSTEOMUSCULAR Y LOS NO ESPECIFICADOS	1
2250	R30.0	DISURIA	2
2251	R30.9	MICCION DOLOROSA, NO ESPECIFICADA	2
2252	R31	HEMATURIA, NO ESPECIFICADA	1
2253	R32	INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA	2
2254	R33	RETENCION DE ORINA	2
2255	R42	MAREO Y DESVANECIMIENTO	2
2256	R45.0	NERVIOSISMO	1
2257	R45.7	TENSION Y ESTADO DE CHOQUE EMOCIONAL, NO ESPECIFICADO	2



**TABLA DE TIEMPO ESTANDAR POR CIE-10**

ITEM	CIE 10	DESCRIPCIÓN	TIEMPO ESTÁNDAR
2258	R47.0	DISFASIA Y AFASIA	30
2259	R49.0	DISFONIA	1
2260	R49.1	AFONIA	2
2261	R50.0	FIEBRE CON ESCALOFRIO	2
2262	R50.1	FIEBRE PERSISTENTE	2
2263	R50.9	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	3
2264	R51	CEFALEA	2
2265	R52.0	DOLOR AGUDO	2
2266	R52.1	DOLOR CRONICO INTRATABLE	2
2267	R52.2	OTRO DOLOR CRONICO	2
2268	R52.9	DOLOR, NO ESPECIFICADO	2
2269	R55	SINCOPE Y COLAPSO	2
2270	R56.0	CONVULSIONES FEBRILES	2
2271	R56.8	OTRAS CONVULSIONES Y LAS NO ESPECIFICADAS	2
2272	R58	HEMORRAGIA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	2
2273	R59.0	ADENOMEGALIA LOCALIZADA	2
2274	R59.9	ADENOMEGALIA, NO ESPECIFICADA	2
2275	R60.0	EDEMA LOCALIZADO	2
2276	R60.1	EDEMA GENERALIZADO	2
2277	R60.9	EDEMA, NO ESPECIFICADO	2
2278	R63.4	PERDIDA ANORMAL DE PESO	1
2279	R73.9	HIPERGLICEMIA, NO ESPECIFICADA	2
2280	S00.0	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DEL CUERO CABELLUDO	3
2281	S00.1	CONTUSION DE LOS PARPADOS Y DE LA REGION PERIOCLAR	3
2282	S00.2	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DEL PARPADO Y DE LA REGION PERIOCLAR	4
2283	S00.3	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA NARIZ	3
2284	S00.4	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DEL OIDO	3
2285	S00.5	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DEL LABIO Y DE LA CAVIDAD BUCAL	3
2286	S00.7	TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES DE LA CABEZA	5
2287	S00.8	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE OTRAS PARTES DE LA CABEZA	5
2288	S00.9	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA	5
2289	S01.0	HERIDA DEL CUERO CABELLUDO	4
2290	S01.1	HERIDA DEL PARPADO Y DE LA REGION PERIOCLAR	5
2291	S01.2	HERIDA DE LA NARIZ	4
2292	S01.3	HERIDA DEL OIDO	4
2293	S01.4	HERIDA DE LA MEJILLA Y DE LA REGION TEMPOROMANDIBULAR	4
2294	S01.5	HERIDA DEL LABIO Y DE LA CAVIDAD BUCAL	4
2295	S01.7	HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA	6
2296	S01.8	HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA CABEZA	6
2297	S01.9	HERIDA DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA	6
2298	S02.0	FRACTURA DE LA BOVEDA DEL CRANEO	30
2299	S02.1	FRACTURA DE LA BASE DEL CRANEO	30
2300	S02.2	FRACTURA DE LOS HUESOS DE LA NARIZ	18
2301	S02.3	FRACTURA DEL SUELO DE LA ORBITA	30
2302	S02.4	FRACTURA DEL MALAR Y DEL HUESO MAXILAR SUPERIOR	30
2303	S02.5	FRACTURA DE LOS DIENTES	4
2304	S02.6	FRACTURA DEL MAXILAR INFERIOR	30
2305	S02.7	FRACTURAS MULTIPLES QUE COMPROMETEN EL CRANEO Y LOS HUESOS DE LA CARA	30
2306	S02.8	FRACTURA DE OTROS HUESOS DEL CRANEO Y DE LA CARA	30
2307	S02.9	FRACTURA DEL CRANEO Y DE LOS HUESOS DE LA CARA, PARTE NO ESPECIFICADA	30
2308	S03.0	LUXACION DEL MAXILAR	4
2309	S03.1	LUXACION DEL CARTILAGO SEPTAL DE LA NARIZ	5
2310	S03.2	LUXACION DE DIENTE	4
2311	S03.3	LUXACION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DE LA CABEZA	5
2312	S03.4	ESGUINCES Y TORCEDURA DEL MAXILAR	5
2313	S03.5	ESGUINCES Y TORCEDURA DE ARTICULACIONES Y LIGAMENTOS DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA CABEZA	5
2314	S04.9	TRAUMATISMO DE NERVIOS CRANEALES, NO ESPECIFICADO	7
2315	S05.0	TRAUMATISMO DE LA CONJUNTIVA Y ABRASION CORNEAL SIN MENCION DE CUERPO EXTRAÑO	9
2316	S05.1	CONTUSION DEL GLOBO OCULAR Y DEL TEJIDO ORBITARIO	3
2317	S05.2	LACERACION Y RUPTURA OCULAR CON PROLAPSO O PERDIDA DEL TEJIDO INTRAOCULAR	18
2318	S05.3	LACERACION OCULAR SIN PROLAPSO O PERDIDA DEL TEJIDO INTRAOCULAR	12
2319	S05.4	HERIDA PENETRANTE DE LA ORBITA CON O SIN CUERPO EXTRAÑO	12
2320	S05.5	HERIDA PENETRANTE DEL GLOBO OCULAR CON CUERPO EXTRAÑO	12
2321	S05.6	HERIDA PENETRANTE DE GLOBO OCULAR SIN CUERPO EXTRAÑO	12
2322	S05.8	OTROS TRAUMATISMOS DEL OJO Y DE LA ORBITA	5
2323	S05.9	TRAUMATISMO DEL OJO Y DE LA ORBITA, NO ESPECIFICADO	5
2324	S06.0	CONCUSION	10
2325	S06.1	EDEMA CEREBRAL TRAUMATICO	30
2326	S06.2	TRAUMATISMO CEREBRAL DIFUSO	30



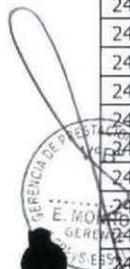
**TABLA DE TIEMPO ESTANDAR POR CIE-10**

ITEM	CIE 10	DESCRIPCIÓN	TIEMPO ESTÁNDAR
2327	S06.3	TRAUMATISMO CEREBRAL FOCAL	30
2328	S06.4	HEMORRAGIA EPIDURAL	30
2329	S06.5	HEMORRAGIA SUBDURAL TRAUMATICA	30
2330	S06.7	TRAUMATISMO INTRACRANEAL CON COMA PROLONGADO	30
2331	S06.8	OTROS TRAUMATISMOS INTRACRANEALES	12
2332	S06.9	TRAUMATISMO INTRACRANEAL, NO ESPECIFICADO	12
2333	S07.0	TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DE LA CARA	9
2334	S09.0	TRAUMATISMO DE LOS VASOS SANGUINEOS DE LA CABEZA NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	5
2335	S09.7	TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA	7
2336	S09.8	OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA, ESPECIFICADOS	5
2337	S09.9	TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO	5
2338	S10.7	TRAUMATISMO SUPERFICIAL MULTIPLE DEL CUELLO	3
2339	S10.8	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE OTRAS PARTES DEL CUELLO	3
2340	S10.9	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DEL CUELLO, PARTE NO ESPECIFICADA	3
2341	S11.8	HERIDAS DE OTRAS PARTES DEL CUELLO	4
2342	S11.9	HERIDA DE CUELLO, PARTE NO ESPECIFICADA	4
2343	S12.0	FRACTURA DE LA PRIMERA VERTEBRA CERVICAL	30
2344	S12.1	FRACTURA DE LA SEGUNDA VERTEBRA CERVICAL	30
2345	S12.2	FRACTURA DE OTRAS VERTEBRAS CERVICALES ESPECIFICADAS	30
2346	S13.0	RUPTURA TRAUMATICA DE DISCO CERVICAL INTERVERTEBRAL	30
2347	S13.1	LUXACION DE VERTEBRA CERVICAL	30
2348	S13.4	ESGUINCES Y TORCEDURA DE LA COLUMNA CERVICAL	11
2349	S14.0	CONCUSION Y EDEMA DE LA MEDULA ESPINAL CERVICAL	30
2350	S14.1	OTROS TRAUMATISMOS DE LA MEDULA ESPINAL CERVICAL Y LOS NO ESPECIFICADOS	30
2351	S19.9	TRAUMATISMO DEL CUELLO, NO ESPECIFICADO	3
2352	S20.0	CONTUSION DE LA MAMA	3
2353	S20.1	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES Y LOS NO ESPECIFICADOS DE LA MAMA	3
2354	S20.2	CONTUSION DEL TORAX	3
2355	S20.3	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX	3
2356	S20.4	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED POSTERIOR DEL TORAX	3
2357	S20.7	TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES DEL TORAX	3
2358	S20.8	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL TORAX	3
2359	S21.0	HERIDA DE LA MAMA	4
2360	S21.1	HERIDA DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX	4
2361	S21.2	HERIDA DE LA PARED POSTERIOR DEL TORAX	4
2362	S21.8	HERIDA DE OTRAS PARTES DEL TORAX	4
2363	S21.9	HERIDA DEL TORAX, PARTE NO ESPECIFICADA	4
2364	S22.0	FRACTURA DE VERTEBRA TORACICA	30
2365	S22.1	FRACTURAS MULTIPLES DE COLUMNA TORACICA	30
2366	S22.2	FRACTURA DEL ESTERNON	30
2367	S22.3	FRACTURA DE COSTILLA	18
2368	S22.4	FRACTURAS MULTIPLES DE COSTILLAS	30
2369	S22.8	FRACTURA DE OTRAS PARTES DEL TORAX OSEO	18
2370	S22.9	FRACTURA DEL TORAX OSEO, PARTE NO ESPECIFICADA	18
2371	S23.2	LUXACION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL TORAX	13
2372	S23.3	ESGUINCES Y TORCEDURAS DE COLUMNA TORACICA	10
2373	S23.4	ESGUINCES Y TORCEDURAS DE COSTILLAS Y ESTERNON	7
2374	S23.5	ESGUINCES Y TORCEDURAS DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL TORAX	8
2375	S24.0	CONCUSION Y EDEMA DE LA MEDULA ESPINAL TORACICA	30
2376	S29.0	TRAUMATISMO DE TENDON Y MUSCULOS A NIVEL DEL TORAX	4
2377	S29.7	TRAUMATISMOS MULTIPLES DEL TORAX	5
2378	S29.8	OTROS TRAUMATISMOS DEL TORAX, ESPECIFICADOS	5
2379	S29.9	TRAUMATISMO DEL TORAX, NO ESPECIFICADO	5
2380	S30.0	CONTUSION DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS	4
2381	S30.1	CONTUSION DE LA PARED ABDOMINAL	4
2382	S30.2	CONTUSION DE ORGANOS GENITALES EXTERNOS	4
2383	S30.7	TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES DEL ABDOMEN, DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS	5
2384	S30.8	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DEL ABDOMEN, DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS	5
2385	S30.9	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DEL ABDOMEN, DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS, PARTE NO ESPECIFICADA	5
2386	S31.0	HERIDA DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS	4
2387	S31.1	HERIDA DE LA PARED ABDOMINAL	4
2388	S31.2	HERIDA DEL PENE	4
2389	S31.3	HERIDA DEL ESCROTO Y DE LOS TESTICULOS	4
2390	S31.5	HERIDA DE OTROS ORGANOS GENITALES EXTERNOS Y DE LOS NO ESPECIFICADOS	4
2391	S31.8	HERIDAS DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL ABDOMEN	4
2392	S32.0	FRACTURA DE VERTEBRA LUMBAR	30
2393	S32.1	FRACTURA DEL SACRO	30
2394	S32.2	FRACTURA DEL COCCIX	30
2395	S32.3	FRACTURA DEL HUESO ILIACO	30



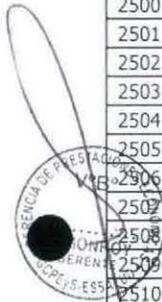
**TABLA DE TIEMPO ESTANDAR POR CIE-10**

ITEM	CIE 10	DESCRIPCIÓN	TIEMPO ESTÁNDAR
2396	S32.4	FRACTURA DEL ACETABULO	30
2397	S32.5	FRACTURA DEL PUBIS	30
2398	S32.7	FRACTURAS MULTIPLES DE LA COLUMNA LUMBAR Y DE LA PELVIS	30
2399	S32.8	FRACTURA DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DE LA COLUMNA LUMBAR Y DE LA PELVIS	30
2400	S33.0	RUPTURA TRAUMATICA DE DISCO INTERVERTEBRAL LUMBAR	30
2401	S33.1	LUXACION DE VERTEBRA LUMBAR	14
2402	S33.2	LUXACION DE ARTICULACION SACROCOCCIGEA Y SACROILIACA	10
2403	S33.3	LUXACION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DE LA COLUMNA LUMBAR Y DE LA PELVIS	14
2404	S33.5	ESGUINCES Y TORCEDURAS DE LA COLUMNA LUMBAR	12
2405	S33.6	ESGUINCES Y TORCEDURAS DE LA ARTICULACION SACROILIACA	6
2406	S33.7	ESGUINCES Y TORCEDURAS DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DE LA COLUMNA LUMBAR Y DE LA PELVIS	7
2407	S34.1	OTRO TRAUMATISMO DE LA MEDULA ESPINAL LUMBAR	11
2408	S34.2	TRAUMATISMO DE RAIZ NERVIOSA DE LA COLUMNA LUMBAR Y SACRA	11
2409	S34.4	TRAUMATISMO DEL PLEXO LUMBOSACRO	11
2410	S36.1	TRAUMATISMO DEL HIGADO Y DE LA VESICULA BILIAR	12
2411	S36.7	TRAUMATISMO DE MULTIPLES ORGANOS INTRAABDOMINALES	12
2412	S37.0	TRAUMATISMO DEL RIÑON	12
2413	S37.3	TRAUMATISMO DE LA URETRA	8
2414	S38.0	TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DE ORGANOS GENITALES EXTERNOS	8
2415	S39.0	TRAUMATISMO DE TENDON Y DE MUSCULOS DEL ABDOMEN, DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS	5
2416	S39.9	TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DEL ABDOMEN, DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS	3
2417	S40.0	CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO	3
2418	S40.7	TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES DEL HOMBRO Y DEL BRAZO	4
2419	S40.8	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DEL HOMBRO Y DEL BRAZO	4
2420	S40.9	TRAUMATISMO SUPERFICIAL NO ESPECIFICADO DEL HOMBRO Y DEL BRAZO	4
2421	S41.0	HERIDA DEL HOMBRO	4
2422	S41.1	HERIDA DEL BRAZO	4
2423	S41.7	HERIDAS MULTIPLES DEL HOMBRO Y DEL BRAZO	4
2424	S41.8	HERIDA DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL HOMBRO Y DEL BRAZO	4
2425	S42.0	FRACTURA DE LA CLAVICULA	30
2426	S42.1	FRACTURA DEL OMOPLATO	30
2427	S42.2	FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DEL HUMERO	30
2428	S42.3	FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL HUMERO	30
2429	S42.4	FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL HUMERO	30
2430	S42.7	FRACTURAS MULTIPLES DE LA CLAVICULA, DEL OMOPLATO Y DEL HUMERO	30
2431	S42.8	FRACTURA DE OTRAS PARTES DEL HOMBRO Y DEL BRAZO	30
2432	S42.9	FRACTURA DEL HOMBRO Y DEL BRAZO, PARTE NO ESPECIFICADA	30
2433	S43.0	LUXACION DE LA ARTICULACION DEL HOMBRO	30
2434	S43.1	LUXACION DE LA ARTICULACION ACROMIOCLAVICULAR	30
2435	S43.2	LUXACION DE LA ARTICULACION ESTERNOCLAVICULAR	30
2436	S43.3	LUXACION DE OTRAS PARTES DE LA CINTURA ESCAPULAR Y DE LAS NO ESPECIFICADAS	30
2437	S43.4	ESGUINCES Y TORCEDURAS DE LA ARTICULACION DEL HOMBRO	7
2438	S43.5	ESGUINCES Y TORCEDURAS DE LA ARTICULACION ACROMIOCLAVICULAR	7
2439	S43.7	ESGUINCES Y TORCEDURAS DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DE LA CINTURA ESCAPULAR	7
2440	S44.2	TRAUMATISMO DEL NERVIOS RADIAL A NIVEL DEL BRAZO	12
2441	S44.7	TRAUMATISMO DE MULTIPLES NERVIOS A NIVEL DEL HOMBRO Y DEL BRAZO	12
2442	S46.0	TRAUMATISMO DEL TENDON DEL MANGUITO ROTATORIO DEL HOMBRO	12
2443	S46.1	TRAUMATISMO DEL TENDON Y MUSCULO DE LA CABEZA LARGA DEL BICEPS	12
2444	S46.7	TRAUMATISMO DE MULTIPLES TENDONES Y MUSCULOS A NIVEL DEL HOMBRO Y DEL BRAZO	12
2445	S46.8	TRAUMATISMO DE OTROS TENDONES Y MUSCULOS A NIVEL DEL HOMBRO Y DEL BRAZO	12
2446	S46.9	TRAUMATISMO DE TENDON Y MUSCULO NO ESPECIFICADO, A NIVEL DEL HOMBRO Y DEL BRAZO	12
2447	S48.1	AMPUTACION TRAUMATICA A NIVEL ENTRE EL HOMBRO Y EL CODO	30
2448	S49.8	OTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DEL HOMBRO Y DEL BRAZO	4
2449	S49.9	TRAUMATISMOS NO ESPECIFICADOS DEL HOMBRO Y DEL BRAZO	4
2450	S50.0	CONTUSION DEL CODO	3
2451	S50.1	CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS	3
2452	S50.7	TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES DEL ANTEBRAZO	4
2453	S50.8	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DEL ANTEBRAZO	4
2454	S50.9	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DEL ANTEBRAZO, NO ESPECIFICADO	3
2455	S51.0	HERIDA DEL CODO	4
2456	S51.7	HERIDAS MULTIPLES DEL ANTEBRAZO	4
2457	S51.8	HERIDA DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO	4
2458	S51.9	HERIDA DEL ANTEBRAZO, PARTE NO ESPECIFICADA	4
2459	S52.0	FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DEL CUBITO	30
2460	S52.1	FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DEL RADIO	30
2461	S52.2	FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL CUBITO	30
2462	S52.3	FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL RADIO	30
2463	S52.4	FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL CUBITO Y DEL RADIO	30
2464	S52.5	FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO	30



**TABLA DE TIEMPO ESTANDAR POR CIE-10**

ITEM	CIE 10	DESCRIPCIÓN	TIEMPO ESTÁNDAR
2465	S52.6	FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL CUBITO Y DEL RADIO	30
2466	S52.7	FRACTURAS MULTIPLES DEL ANTEBRAZO	30
2467	S52.8	FRACTURA DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO	30
2468	S52.9	FRACTURA DEL ANTEBRAZO, PARTE NO ESPECIFICADA	30
2469	S53.0	LUXACION DE LA CABEZA DEL RADIO	15
2470	S53.1	LUXACION DEL CODO, NO ESPECIFICADA	15
2471	S53.2	RUPTURA TRAUMATICA DEL LIGAMENTO LATERAL DEL RADIO	17
2472	S53.4	ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL CODO	7
2473	S54.0	TRAUMATISMO DEL NERVIO CUBITAL A NIVEL DEL ANTEBRAZO	12
2474	S54.2	TRAUMATISMO DEL NERVIO RADIAL A NIVEL DEL ANTEBRAZO	12
2475	S56.0	TRAUMATISMO DEL TENDON Y MUSCULO FLEXOR DEL PULGAR A NIVEL DEL ANTEBRAZO	12
2476	S56.1	TRAUMATISMO DEL TENDON Y MUSCULO FLEXOR DE OTRO(S) DEDO(S) A NIVEL DEL ANTEBRAZO	12
2477	S56.2	TRAUMATISMO DE OTRO TENDON Y MUSCULO FLEXOR A NIVEL DEL ANTEBRAZO	12
2478	S56.7	TRAUMATISMO DE MULTIPLES TENDONES Y MUSCULOS A NIVEL DEL ANTEBRAZO	12
2479	S56.8	TRAUMATISMO DE OTROS TENDONES Y MUSCULOS Y DE LOS NO ESPECIFICADOS, A NIVEL DEL ANTEBRAZO	12
2480	S57.0	TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DEL CODO	12
2481	S57.8	TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO	12
2482	S57.9	TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DEL ANTEBRAZO, PARTE NO ESPECIFICADA	12
2483	S58.1	AMPUTACION TRAUMATICA NIVEL ENTRE EL CODO Y LA MUÑECA	30
2484	S59.7	TRAUMATISMOS MULTIPLES DEL ANTEBRAZO	12
2485	S59.9	TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DEL ANTEBRAZO	8
2486	S60	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	4
2487	S60.0	CONTUSION DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DAÑO DE LA(S) UÑA(S)	3
2488	S60.1	CONTUSION DE DEDO(S) DE LA MANO CON DAÑO DE LA(S) UÑA(S)	4
2489	S60.2	CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	3
2490	S60.7	TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	5
2491	S60.8	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	5
2492	S60.9	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA MUÑECA Y DE LA MANO, NO ESPECIFICADO	4
2493	S61.0	HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DAÑO DE LA(S) UÑA(S)	4
2494	S61.1	HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, CON DAÑO DE LA(S) UÑA(S)	5
2495	S61.7	HERIDAS MULTIPLES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	5
2496	S61.8	HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	4
2497	S61.9	HERIDA DE LA MUÑECA Y DE LA MANO, PARTE NO ESPECIFICADA	4
2498	S62.0	FRACTURA DEL HUESO ESCAFOIDES [NAVICULAR] DE LA MANO	30
2499	S62.1	FRACTURA DE OTRO(S) HUESO(S) DEL CARPO	30
2500	S62.2	FRACTURA DEL PRIMER METACARPIANO	30
2501	S62.3	FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS	30
2502	S62.4	FRACTURAS MULTIPLES DE HUESOS METACARPIANOS	30
2503	S62.5	FRACTURA DEL PULGAR	30
2504	S62.6	FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO	18
2505	S62.7	FRACTURAS MULTIPLES DE LOS DEDOS DE LA MANO	30
2506	S62.8	FRACTURA DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	18
2507	S63.0	LUXACION DE LA MUÑECA	10
2508	S63.1	LUXACION DE DEDOS DE LA MANO	10
2509	S63.2	LUXACIONES MULTIPLES DE DEDOS DE LA MANO	10
2510	S63.3	RUPTURA TRAUMATICA DE LIGAMENTOS DE LA MUÑECA Y DEL CARPO	14
2511	S63.4	RUPTURA TRAUMATICA DE LIGAMENTOS DEL DEDO DE LA MANO EN LA(S) ARTICULACION(ES) METACARPOFALANGICA E INTERFALANGICA	13
2512	S63.5	ESGUINCE Y TORCEDURA DE LA MUÑECA	18
2513	S63.6	ESGUINCES Y TORCEDURAS DE DEDO(S) DE LA MANO	10
2514	S63.7	ESGUINCES Y TORCEDURAS DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	18
2515	S64.0	TRAUMATISMO DEL NERVIO CUBITAL A NIVEL DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	12
2516	S64.7	TRAUMATISMO DE MULTIPLES NERVIOS A NIVEL DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	12
2517	S64.9	TRAUMATISMO DE NERVIO NO ESPECIFICADO A NIVEL DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	12
2518	S66.0	TRAUMATISMO DEL TENDON Y MUSCULO FLEXOR LARGO DEL PULGAR A NIVEL DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	12
2519	S66.1	TRAUMATISMO DEL TENDON Y MUSCULO FLEXOR DE OTRO DEDO A NIVEL DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	12
2520	S66.2	TRAUMATISMO DEL TENDON Y MUSCULO EXTENSOR DEL PULGAR A NIVEL DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	12
2521	S66.3	TRAUMATISMO DEL TENDON Y MUSCULO EXTENSOR DE OTRO(S) DEDO(S) A NIVEL DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	12
2522	S66.4	TRAUMATISMO DEL MUSCULO Y TENDON INTRINSECO DEL PULGAR A NIVEL DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	12
2523	S66.5	TRAUMATISMO DEL MUSCULO Y TENDON INTRINSECO DE OTRO(S) DEDO(S) A NIVEL DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	12
2524	S66.6	TRAUMATISMO DE MULTIPLES TENDONES Y MUSCULOS FLEXORES A NIVEL DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	12
2525	S66.7	TRAUMATISMO DE MULTIPLES TENDONES Y MUSCULOS EXTENSORES A NIVEL DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	12
2526	S66.8	TRAUMATISMO DE OTROS TENDONES Y MUSCULOS A NIVEL DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	12
2527	S66.9	TRAUMATISMO DE TENDON Y MUSCULO NO ESPECIFICADO, A NIVEL DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	12
2528	S67.0	TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DEL PULGAR Y OTRO(S) DEDO(S)	12
2529	S67.8	TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	12
2530	S68.0	AMPUTACION TRAUMATICA DEL PULGAR (COMPLETA) (PARCIAL)	30



**TABLA DE TIEMPO ESTANDAR POR CIE-10**

ITEM	CIE 10	DESCRIPCIÓN	TIEMPO ESTÁNDAR
2531	S68.1	AMPUTACION TRAUMATICA DE OTRO DEDO UNICO (COMPLETA) (PARCIAL)	30
2532	S68.2	AMPUTACION TRAUMATICA DE DOS O MAS DEDOS SOLAMENTE (COMPLETA) (PARCIAL)	30
2533	S68.3	AMPUTACION TRAUMATICA COMBINADA (DE PARTE) DE DEDO(S) CON OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	30
2534	S68.4	AMPUTACION TRAUMATICA DE LA MANO A NIVEL DE LA MUÑECA	30
2535	S68.8	AMPUTACION TRAUMATICA DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	30
2536	S68.9	AMPUTACION TRAUMATICA DE LA MUÑECA Y DE LA MANO, NIVEL NO ESPECIFICADO	30
2537	S69.7	TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	12
2538	S69.8	OTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	4
2539	S69.9	TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	4
2540	S70.0	CONTUSION DE LA CADERA	4
2541	S70.1	CONTUSION DEL MUSLO	4
2542	S70.7	TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES DE LA CADERA Y DEL MUSLO	5
2543	S70.8	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA CADERA Y DEL MUSLO	5
2544	S70.9	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CADERA Y DEL MUSLO, NO ESPECIFICADO	5
2545	S71.0	HERIDA DE LA CADERA	4
2546	S71.1	HERIDA DEL MUSLO	4
2547	S71.7	HERIDAS MULTIPLES DE LA CADERA Y DEL MUSLO	5
2548	S71.8	HERIDA DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DE LA CINTURA PELVICA	4
2549	S72.0	FRACTURA DEL CUELLO DE FEMUR	30
2550	S72.1	FRACTURA PERTROCANTERIANA	30
2551	S72.2	FRACTURA SUBTROCANTERIANA	30
2552	S72.3	FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL FEMUR	30
2553	S72.4	FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL FEMUR	30
2554	S72.9	FRACTURA DEL FEMUR, PARTE NO ESPECIFICADA	30
2555	S73.0	LUXACION DE LA CADERA	12
2556	S73.1	ESGUINCES Y TORCEDURAS DE LA CADERA	6
2557	S74.0	TRAUMATISMO DEL NERVIPO CIATICO A NIVEL DE LA CADERA Y DEL MUSLO	12
2558	S76.0	TRAUMATISMO DEL TENDON Y MUSCULO DE LA CADERA	12
2559	S76.1	TRAUMATISMO DEL TENDON Y MUSCULO CUADRICEPS	12
2560	S76.2	TRAUMATISMO DEL TENDON Y MUSCULO ADUCTOR MAYOR DEL MUSLO	12
2561	S76.3	TRAUMATISMO DE TENDON Y MUSCULO DEL GRUPO MUSCULAR POSTERIOR A NIVEL DEL MUSLO	12
2562	S76.4	TRAUMATISMO DE OTROS TENDONES Y MUSCULOS Y LOS NO ESPECIFICADOS A NIVEL DEL MUSLO	12
2563	S76.7	TRAUMATISMO DE MULTIPLES TENDONES Y MUSCULOS A NIVEL DE LA CADERA Y DEL MUSLO	12
2564	S77.1	TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DEL MUSLO	12
2565	S78.1	AMPUTACION TRAUMATICA EN ALGUN NIVEL ENTRE LA CADERA Y LA RODILLA	30
2566	S79.7	TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CADERA Y DEL MUSLO	12
2567	S79.9	TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DE LA CADERA Y DEL MUSLO	4
2568	S80.0	CONTUSION DE LA RODILLA	4
2569	S80.1	CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA	4
2570	S80.7	TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES DE LA PIERNA	5
2571	S80.8	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PIERNA	5
2572	S80.9	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA PIERNA, NO ESPECIFICADO	5
2573	S81.0	HERIDA DE LA RODILLA	4
2574	S81.7	HERIDAS MULTIPLES DE LA PIERNA	4
2575	S81.8	HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA PIERNA	4
2576	S81.9	HERIDA DE LA PIERNA, PARTE NO ESPECIFICADA	4
2577	S82.0	FRACTURA DE LA ROTULA	30
2578	S82.1	FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA	30
2579	S82.2	FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA	30
2580	S82.3	FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DE LA TIBIA	30
2581	S82.4	FRACTURA DEL PERONE SOLAMENTE	30
2582	S82.5	FRACTURA DEL MALEOLO INTERNO	30
2583	S82.6	FRACTURA DEL MALEOLO EXTERNO	30
2584	S82.7	FRACTURAS MULTIPLES DE LA PIERNA	30
2585	S82.8	FRACTURA DE OTRAS PARTES DE LA PIERNA	30
2586	S82.9	FRACTURA DE LA PIERNA, PARTE NO ESPECIFICADA	30
2587	S83.0	LUXACION DE LA ROTULA	13
2588	S83.1	LUXACION DE LA RODILLA	14
2589	S83.2	DESGARRO DE MENISCOS, PRESENTE	18
2590	S83.3	DESGARRO DEL CARTILAGO ARTICULAR DE LA RODILLA, PRESENTE	18
2591	S83.4	ESGUINCES Y TORCEDURAS QUE COMPROMETEN LOS LIGAMENTOS LATERALES (EXTERNO) (INTERNO) DE LA RODILLA	18
2592	S83.5	ESGUINCES Y TORCEDURAS QUE COMPROMETEN EL LIGAMENTO CRUZADO (ANTERIOR) (POSTERIOR) DE LA RODILLA	18
2593	S83.6	ESGUINCES Y TORCEDURAS DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA RODILLA	18
2594	S83.7	TRAUMATISMO DE ESTRUCTURAS MULTIPLES DE LA RODILLA	12
2595	S84.9	TRAUMATISMO DE NERVIPO NO ESPECIFICADO A NIVEL DE LA PIERNA	12
2596	S85.8	TRAUMATISMO DE OTROS VASOS SANGUINEOS A NIVEL DE LA PIERNA	12
2597	S85.9	TRAUMATISMO DE VASO SANGUINEO NO ESPECIFICADO A NIVEL DE LA PIERNA	12



**TABLA DE TIEMPO ESTANDAR POR CIE-10**

ITEM	CIE 10	DESCRIPCIÓN	TIEMPO ESTÁNDAR
2598	S86.0	TRAUMATISMO DEL TENDON DE AQUILES	30
2599	S86.1	TRAUMATISMO DE OTRO(S) TENDON(ES) Y MUSCULO(S) DEL GRUPO MUSCULAR POSTERIOR A NIVEL DE LA PIERNA	9
2600	S86.2	TRAUMATISMO DE TENDON(ES) Y MUSCULO(S) DEL GRUPO MUSCULAR ANTERIOR A NIVEL DE LA PIERNA	12
2601	S86.3	TRAUMATISMO DE TENDON(ES) Y MUSCULO(S) DEL GRUPO MUSCULAR PERONEO A NIVEL DE LA PIERNA	12
2602	S86.7	TRAUMATISMO DE MULTIPLES TENDONES Y MUSCULOS A NIVEL DE LA PIERNA	12
2603	S86.8	TRAUMATISMO DE OTROS TENDONES Y MUSCULOS A NIVEL DE LA PIERNA	12
2604	S86.9	TRAUMATISMO DE TENDON Y MUSCULO NO ESPECIFICADO A NIVEL DE LA PIERNA	12
2605	S87.0	TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DE LA RODILLA	12
2606	S87.8	TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA	12
2607	S88.1	AMPUTACION TRAUMATICA EN ALGUN NIVEL ENTRE LA RODILLA Y EL TOBILLO	30
2608	S88.9	AMPUTACION TRAUMATICA DE LA PIERNA, NIVEL NO ESPECIFICADO	30
2609	S89.7	TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA PIERNA	12
2610	S89.8	OTROS TRAUMATISMOS DE LA PIERNA, ESPECIFICADOS	5
2611	S89.9	TRAUMATISMO DE LA PIERNA, NO ESPECIFICADO	5
2612	S90.0	CONTUSION DEL TOBILLO	4
2613	S90.1	CONTUSION DE DEDO(S) DEL PIE SIN DAÑO DE LA(S) UÑA(S)	4
2614	S90.2	CONTUSION DE DEDO(S) DEL PIE CON DAÑO DE LA(S) UÑA(S)	5
2615	S90.3	CONTUSION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL PIE	4
2616	S90.7	TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES DEL PIE Y DEL TOBILLO	5
2617	S90.8	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DEL PIE Y DEL TOBILLO	5
2618	S90.9	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DEL PIE Y DEL TOBILLO, NO ESPECIFICADO	5
2619	S91.0	HERIDA DEL TOBILLO	4
2620	S91.1	HERIDA DE DEDO(S) DEL PIE SIN DAÑO DE LA(S) UÑA(S)	4
2621	S91.2	HERIDA DE DEDO(S) DEL PIE CON DAÑO DE LA(S) UÑA(S)	5
2622	S91.3	HERIDA DE OTRAS PARTES DEL PIE	4
2623	S91.7	HERIDAS MULTIPLES DEL TOBILLO Y DEL PIE	5
2624	S92.0	FRACTURA DEL CALCANEO	30
2625	S92.1	FRACTURA DEL ASTRAGALO	30
2626	S92.2	FRACTURA DE OTRO(S) HUESO(S) DEL TARSO	30
2627	S92.3	FRACTURA DE HUESO DEL METATARSO	30
2628	S92.4	FRACTURA DE LOS HUESOS DEL DEDO GORDO DEL PIE	30
2629	S92.5	FRACTURA DE LOS HUESOS DE OTRO(S) DEDO(S) DEL PIE	30
2630	S92.7	FRACTURAS MULTIPLES DEL PIE	30
2631	S92.9	FRACTURA DEL PIE, NO ESPECIFICADA	18
2632	S93.0	LUXACION DE LA ARTICULACION DEL TOBILLO	30
2633	S93.1	LUXACION DE DEDO(S) DEL PIE	6
2634	S93.2	RUPTURA DE LIGAMENTOS A NIVEL DEL TOBILLO Y DEL PIE	30
2635	S93.3	LUXACION DE OTROS SITIOS Y LOS NO ESPECIFICADOS DEL PIE	6
2636	S93.4	ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO	12
2637	S93.5	ESGUINCES Y TORCEDURAS DE DEDO(S) DEL PIE	8
2638	S93.6	ESGUINCES Y TORCEDURAS DE OTROS SITIOS Y DE LOS NO ESPECIFICADOS DEL PIE	12
2639	S94.3	TRAUMATISMO DE NERVIOS SENSORIAL CUTANEO A NIVEL DEL PIE Y DEL TOBILLO	7
2640	S96.0	TRAUMATISMO DEL TENDON Y MUSCULO DEL FLEXOR LARGO DEL DEDO A NIVEL DEL PIE Y DEL TOBILLO	12
2641	S96.1	TRAUMATISMO DEL TENDON Y MUSCULO DEL EXTENSOR LARGO DEL (DE LOS) DEDO(S) A NIVEL DEL PIE Y DEL TOBILLO	12
2642	S96.2	TRAUMATISMO DE TENDONES Y MUSCULOS INTRINSECOS A NIVEL DEL PIE Y DEL TOBILLO	12
2643	S96.7	TRAUMATISMO DE MULTIPLES TENDONES Y MUSCULOS A NIVEL DEL PIE Y DEL TOBILLO	12
2644	S96.8	TRAUMATISMO DE OTROS TENDONES Y MUSCULOS A NIVEL DEL PIE Y DEL TOBILLO	12
2645	S96.9	TRAUMATISMO DE TENDONES Y MUSCULOS NO ESPECIFICADOS A NIVEL DEL PIE Y DEL TOBILLO	12
2646	S97.0	TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DEL TOBILLO	12
2647	S97.1	TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DE DEDO(S) DEL PIE	12
2648	S97.8	TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DE OTRAS PARTES DEL PIE Y DEL TOBILLO	12
2649	S98.1	AMPUTACION TRAUMATICA DE UN DEDO DEL PIE	30
2650	S98.2	AMPUTACION TRAUMATICA DE DOS O MAS DEDOS DEL PIE	30
2651	S99.7	TRAUMATISMOS MULTIPLES DEL PIE Y DEL TOBILLO	12
2652	S99.8	OTROS TRAUMATISMOS DEL PIE Y DEL TOBILLO, ESPECIFICADOS	10
2653	S99.9	TRAUMATISMO DEL PIE Y DEL TOBILLO, NO ESPECIFICADO	5
2654	T00.0	TRAUMATISMOS SUPERFICIALES QUE AFECTAN LA CABEZA CON EL CUELLO	5
2655	T00.1	TRAUMATISMOS SUPERFICIALES QUE AFECTAN EL TORAX CON EL ABDOMEN, LA REGION LUMBOSACRA Y LA PELVIS	5
2656	T00.3	TRAUMATISMOS SUPERFICIALES QUE AFECTAN MULTIPLES REGIONES DEL (DE LOS) MIEMBRO(S) INFERIOR(ES)	5
2657	T00.8	TRAUMATISMOS SUPERFICIALES QUE AFECTAN OTRAS COMBINACIONES DE REGIONES DEL CUERPO	5
2658	T00.9	TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS	6
2659	T01.0	HERIDAS QUE AFECTAN LA CABEZA CON EL CUELLO	6
2660	T01.1	HERIDAS QUE AFECTAN EL TORAX CON EL ABDOMEN, LA REGION LUMBOSACRA Y LA PELVIS	5
2661	T01.3	HERIDAS QUE AFECTAN MULTIPLES REGIONES DEL (DE LOS) MIEMBRO(S) INFERIOR(ES)	5
2662	T01.6	HERIDAS QUE AFECTAN MULTIPLES REGIONES DEL (DE LOS) MIEMBRO(S) SUPERIOR(ES) CON MIEMBRO(S) INFERIOR(ES)	5
2663	T01.8	HERIDAS QUE AFECTAN OTRAS COMBINACIONES DE LAS REGIONES DEL CUERPO	4



**TABLA DE TIEMPO ESTANDAR POR CIE-10**

ITEM	CIE 10	DESCRIPCIÓN	TIEMPO ESTÁNDAR
2664	T01.9	HERIDAS MULTIPLES, NO ESPECIFICADAS	4
2665	T02.3	FRACTURAS QUE AFECTAN MULTIPLES REGIONES DE UN MIEMBRO INFERIOR	30
2666	T02.9	FRACTURAS MULTIPLES, NO ESPECIFICADAS	30
2667	T06.0	TRAUMATISMOS DEL ENCEFALO Y DE NERVIOS CRANEALES CON TRAUMATISMO DE NERVIOS Y MEDULA ESPINAL A NIVEL DEL CUELLO	12
2668	T06.8	OTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS QUE AFECTAN MULTIPLES REGIONES DEL CUERPO	12
2669	T07	TRAUMATISMOS MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS	10
2670	T08	FRACTURA DE LA COLUMNA VERTEBRAL, NIVEL NO ESPECIFICADO	30
2671	T09.0	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DEL TRONCO, NIVEL NO ESPECIFICADO	5
2672	T09.1	HERIDA DEL TRONCO, NIVEL NO ESPECIFICADO	4
2673	T09.3	TRAUMATISMO DE LA MEDULA ESPINAL, NIVEL NO ESPECIFICADO	18
2674	T09.9	TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DEL TRONCO, NIVEL NO ESPECIFICADO	7
2675	T10	FRACTURA DE MIEMBRO SUPERIOR, NIVEL NO ESPECIFICADO	30
2676	T11.0	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE MIEMBRO SUPERIOR, NIVEL NO ESPECIFICADO	5
2677	T11.1	HERIDA DE MIEMBRO SUPERIOR, NIVEL NO ESPECIFICADO	4
2678	T11.2	LUXACION, ESGUINCE O TORCEDURA DE ARTICULACION O LIGAMENTO NO ESPECIFICADO DE MIEMBRO SUPERIOR, NIVEL NO ESPECIFICADO	6
2679	T11.9	TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DE MIEMBRO SUPERIOR, NIVEL NO ESPECIFICADO	5
2680	T12	FRACTURA DE MIEMBRO INFERIOR, NIVEL NO ESPECIFICADO	30
2681	T13.0	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE MIEMBRO INFERIOR, NIVEL NO ESPECIFICADO	4
2682	T13.1	HERIDA DE MIEMBRO INFERIOR, NIVEL NO ESPECIFICADO	4
2683	T13.2	LUXACION, ESGUINCE O TORCEDURA DE ARTICULACION Y LIGAMENTOS NO ESPECIFICADOS DE MIEMBRO INFERIOR, NIVEL NO ESPECIFICADO	6
2684	T13.5	TRAUMATISMO DE TENDONES Y MUSCULOS NO ESPECIFICADOS DE MIEMBRO INFERIOR, NIVEL NO ESPECIFICADO	10
2685	T13.9	TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DE MIEMBRO INFERIOR, NIVEL NO ESPECIFICADO	4
2686	T14.0	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO	5
2687	T14.1	HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO	4
2688	T14.3	LUXACION, ESGUINCE Y TORCEDURA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO	6
2689	T14.6	TRAUMATISMO DE TENDONES Y MUSCULOS DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO	10
2690	T15.0	CUERPO EXTRAÑO EN LA CORNEA	2
2691	T15.1	CUERPO EXTRAÑO EN EL SACO CONJUNTIVAL	2
2692	T15.9	CUERPO EXTRAÑO EN PARTE EXTERNA DEL OJO, SITIO NO ESPECIFICADO	2
2693	T16	CUERPO EXTRAÑO EN EL OIDO	2
2694	T17.2	CUERPO EXTRAÑO EN LA FARINGE	2
2695	T20.0	QUEMADURA DE LA CABEZA Y DEL CUELLO, GRADO NO ESPECIFICADO	4
2696	T20.1	QUEMADURA DE LA CABEZA Y DEL CUELLO, DE PRIMER GRADO	4
2697	T20.2	QUEMADURA DE LA CABEZA Y DEL CUELLO, DE SEGUNDO GRADO	10
2698	T21.0	QUEMADURA DEL TRONCO, GRADO NO ESPECIFICADO	4
2699	T21.1	QUEMADURA DEL TRONCO, DE PRIMER GRADO	4
2700	T21.2	QUEMADURA DEL TRONCO, DE SEGUNDO GRADO	10
2701	T22.0	QUEMADURA DEL HOMBRO Y MIEMBRO SUPERIOR, GRADO NO ESPECIFICADO, EXCEPTO DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	4
2702	T22.1	QUEMADURA DEL HOMBRO Y MIEMBRO SUPERIOR, DE PRIMER GRADO, EXCEPTO DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	4
2703	T22.2	QUEMADURA DEL HOMBRO Y MIEMBRO SUPERIOR, DE SEGUNDO GRADO, EXCEPTO DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	10
2704	T22.3	QUEMADURA DEL HOMBRO Y MIEMBRO SUPERIOR, DE TERCER GRADO, EXCEPTO DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	12
2705	T22.6	CORROSION DEL HOMBRO Y MIEMBRO SUPERIOR, DE SEGUNDO GRADO, EXCEPTO DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	9
2706	T23.0	QUEMADURA DE LA MUÑECA Y DE LA MANO, GRADO NO ESPECIFICADO	4
2707	T23.1	QUEMADURA DE LA MUÑECA Y DE LA MANO, DE PRIMER GRADO	4
2708	T23.2	QUEMADURA DE LA MUÑECA Y DE LA MANO, DE SEGUNDO GRADO	10
2709	T23.3	QUEMADURA DE LA MUÑECA Y DE LA MANO, DE TERCER GRADO	12
2710	T23.6	CORROSION DE LA MUÑECA Y DE LA MANO, DE SEGUNDO GRADO	9
2711	T24.0	QUEMADURA DE LA CADERA Y MIEMBRO INFERIOR, GRADO NO ESPECIFICADO, EXCEPTO TOBILLO Y PIE	4
2712	T24.1	QUEMADURA DE LA CADERA Y MIEMBRO INFERIOR, DE PRIMER GRADO, EXCEPTO TOBILLO Y PIE	4
2713	T24.2	QUEMADURA DE LA CADERA Y MIEMBRO INFERIOR, DE SEGUNDO GRADO, EXCEPTO TOBILLO Y PIE	10
2714	T24.3	QUEMADURA DE LA CADERA Y MIEMBRO INFERIOR, DE TERCER GRADO, EXCEPTO TOBILLO Y PIE	12
2715	T24.6	CORROSION DE LA CADERA Y MIEMBRO INFERIOR, DE SEGUNDO GRADO, EXCEPTO TOBILLO Y PIE	9
2716	T25.0	QUEMADURA DEL TOBILLO Y DEL PIE, GRADO NO ESPECIFICADO	4
2717	T25.1	QUEMADURA DEL TOBILLO Y DEL PIE, DE PRIMER GRADO	4
2718	T25.2	QUEMADURA DEL TOBILLO Y DEL PIE, DE SEGUNDO GRADO	10
2719	T25.3	QUEMADURA DEL TOBILLO Y DEL PIE, DE TERCER GRADO	12
2720	T25.6	CORROSION DEL TOBILLO Y DEL PIE, DE SEGUNDO GRADO	9
2721	T26.0	QUEMADURA DEL PÁRPADO Y AREA PERIOcular	6
2722	T26.1	QUEMADURA DE LA CORNEA Y SACO CONJUNTIVAL	6
2723	T26.3	QUEMADURA DE OTRAS PARTES DEL OJO Y SUS ANEXOS	6
2724	T26.6	CORROSION DE LA CORNEA Y SACO CONJUNTIVAL	5
2725	T29.0	QUEMADURAS DE MULTIPLES REGIONES, GRADO NO ESPECIFICADO	4
2726	T29.2	QUEMADURAS DE MULTIPLES REGIONES, MENCIONADAS COMO DE NO MAS DE SEGUNDO GRADO	10



**TABLA DE TIEMPO ESTANDAR POR CIE-10**

ITEM	CIE 10	DESCRIPCIÓN	TIEMPO ESTÁNDAR
2727	T29.3	QUEMADURAS MULTIPLES, CON MENCION AL MENOS DE UNA QUEMADURA DE TERCER GRADO	12
2728	T30.0	QUEMADURA DE REGION DEL CUERPO Y GRADO NO ESPECIFICADOS	4
2729	T30.1	QUEMADURA DE PRIMER GRADO, REGION DEL CUERPO NO ESPECIFICADA	4
2730	T30.2	QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO, REGION DEL CUERPO NO ESPECIFICADA	10
2731	T30.3	QUEMADURA DE TERCER GRADO, REGION DEL CUERPO NO ESPECIFICADA	12
2732	T31.0	QUEMADURAS QUE AFECTAN MENOS DEL 10% DE LA SUPERFICIE DEL CUERPO	15
2733	T31.1	QUEMADURAS QUE AFECTAN DEL 10 AL 19% DE LA SUPERFICIE DEL CUERPO	18
2734	T31.2	QUEMADURAS QUE AFECTAN DEL 20 AL 29% DE LA SUPERFICIE DEL CUERPO	18
2735	T56.1	MERCURIO Y SUS COMPUESTOS	4
2736	T56.5	ZINC Y SUS COMPUESTOS	4
2737	T59.9	GASES, HUMOS Y VAPORES NO ESPECIFICADOS	4
2738	T60.0	INSECTICIDAS ORGANOFOSFORADOS Y CARBAMATOS	4
2739	T63.3	VENENO DE ARAÑAS	4
2740	T63.9	EFECTO TOXICO DEL CONTACTO CON ANIMAL VENENOSO NO ESPECIFICADO	4
2741	T65.9	EFECTO TOXICO DE SUSTANCIA NO ESPECIFICADA	4
2742	T78.4	ALERGIA NO ESPECIFICADA	4
2743	T79.2	HEMORRAGIA TRAUMATICA SECUNDARIA Y RECURRENTE	5
2744	T79.3	INFECCION POSTRAUMATICA DE HERIDA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	4
2745	T81.3	DESGARRO DE HERIDA OPERATORIA, NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	6
2746	T81.4	INFECCION CONSECUTIVA A PROCEDIMIENTO, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	10
2747	U20.2	TUBERCULOSIS MULTIDROGO RESISTENTE (TB MDR)	30
2748	U20.3	TUBERCULOSIS MONORRESISTENTE	30
2749	U20.4	TUBERCULOSIS POLIRRESISTENTE	30
2750	U20.5	TUBERCULOSIS EXTENSAMENTE RESISTENTE (TB XDR)	30
2751	W54.9	MORDEDURA O ATAQUE DE PERRO, EN LUGAR NO ESPECIFICADO	4
2752	W55.9	MORDEDURA O ATAQUE DE OTROS MAMIFEROS, EN LUGAR NO ESPECIFICADO	4
2753	W57.9	MORDEDURA O PICADURA DE INSECTOS Y OTROS ARTRÓPODOS NO VENENOSOS, EN LUGAR NO ESPECIFICADO	2
2754	Y57.9	EFECTOS ADVERSOS DE DROGAS O MEDICAMENTOS NO ESPECIFICADOS	2
2755	Y59.9	EFECTOS ADVERSOS DE VACUNAS O SUSTANCIAS BIOLÓGICAS NO ESPECIFICADAS	2
2756	Y83.5	AMPUTACION DE MIEMBRO(S)	30
2757	Z48.9	CUIDADO POSTERIOR A LA CIRUGIA, NO ESPECIFICADO	18
2758	Z54.0	CONVALECENCIA CONSECUTIVA A CIRUGIA	18
2759	Z54.1	CONVALECENCIA CONSECUTIVA A RADIOTERAPIA	18
2760	Z54.4	CONVALECENCIA CONSECUTIVA A TRATAMIENTO DE FRACTURA	18
2761	Z94.0	TRASPLANTE DE RIÑON	30
2762	Z94.8	OTROS ORGANOS Y TEJIDOS TRASPLANTADOS	30
2763	Z98.8	OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS	18



Handwritten signature and a vertical stamp that reads 'CONVALECENCIA DE PUESTA' and 'E. MONTE'.

**RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE SEGUROS Y PRESTACIONES ECONÓMICAS N°  
23 -GCSPE-ESSALUD-2015**

Lima, **27** de Agosto del 2015

**VISTO:**

El Informe Técnico presentado por la Sub Gerencia de Regulación de Prestaciones Económicas de la Gerencia de Prestaciones Económicas, en el cual se expone la necesidad de formalizar y divulgar a la población asegurada los requisitos que se encuentran vigentes para el otorgamiento y pago de las prestaciones económicas;

**CONSIDERANDO:**

Que, de conformidad con el numeral 1.2, del artículo 1° de la Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD), (Ley N° 27056, EsSalud tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, entre otros, a través del otorgamiento de prestaciones económicas;

Que, el artículo 9° de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, señala que las prestaciones son brindadas mediante los servicios de EsSalud o de otras entidades, estableciendo los reglamentos, los requisitos, las condiciones y los procedimientos pertinentes;

Que, el artículo 14° del Reglamento de la Ley N° 26790, aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA, señala que las prestaciones económicas comprenden los subsidios por incapacidad temporal, maternidad, lactancia y las prestaciones por sepelio, y que EsSalud establece la normatividad complementaria para el otorgamiento de las prestaciones económicas;

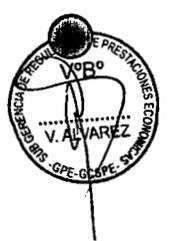
Que, mediante Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA) de EsSalud, aprobado por Decreto Supremo N° 010-2010-TR (07.OCT.2010), en sus Procedimientos N° 22 al 33, se establece los requisitos para el trámite y posterior pago de las prestaciones económicas;

Que, la Directiva N° 08-GG-ESSALUD-2012 "Normas Complementarias al Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas" (03.DIC.2012), aprobada por Resolución de Gerencia General N° 619-GG-ESSALUD-2012, en sus numerales 7.1.1, 7.1.2, 7.1.3 y 7.1.4, detalla los requisitos que deben presentar los interesados para solicitar las prestaciones económicas;

Que, la Ley del Procedimiento Administrativo General - Ley N° 27444 (10.ABR.2001), en su artículo 36°, numeral 1 señala que, los procedimientos y requisitos se establecen exclusivamente mediante decreto supremo o norma de mayor jerarquía o de la decisión del titular de las entidades autónomas conforme a la Constitución, según su naturaleza. Dichos procedimientos deben ser compendiados y sistematizados en el Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA), aprobados para cada entidad; asimismo, en su numeral 2 del referido artículo prescribe que las entidades solamente exigirán a los administrados la presentación de documentos, siempre que cumplan con los requisitos previstos en el numeral 1. Incurrir en responsabilidad la autoridad que procede de modo diferente, realizando exigencias a los administrados fuera de estos casos;

Que, la Ley N° 30230 – Ley que establece Medidas Tributarias, Simplificación de Procedimientos y Permisos para la Promoción y Dinamización de la Inversión en el País (11.JUL.2014), en su Artículo 16°, que modifica el Artículo 38° de la Ley N° 27444 señala que, incurre en responsabilidad administrativa el funcionario que solicita o exige el cumplimiento de requisitos que no están en el TUPA o que, estando en el TUPA, no han sido establecidos por la normatividad vigente o han sido derogados;

Que, el Artículo 40°, numeral 40.1 de la Ley del Procedimiento Administrativo General prescribe que: "Para el inicio, prosecución o conclusión de un procedimiento, las entidades quedan prohibidas de solicitar a los administrados la presentación de la siguiente información o la documentación que la contenga: 40.1.2. Aquella que haya sido expedida por la misma entidad o



por otras entidades públicas del sector, en cuyo caso corresponde recabarlas a la propia entidad a solicitud del administrado”.

Que, las unidades operativas de prestaciones económicas vienen exigiendo a los asegurados y entidades empleadoras un total de dieciséis (16) requisitos previstos en la Directiva N° 08-GG-ESSALUD-2012, no consignados en el TUPA institucional;

Que, la Gerencia de Prestaciones Económicas, realizó una revisión de tales requisitos, determinando que seis (6) de ellos no son necesarios para la evaluación de los subsidios por prestaciones económicas; y que por los otros diez (10) requisitos sí se requiere su presentación para resolver las solicitudes presentadas por los administrados, por lo cual mediante Carta Circular N° 003-GPE-GCPEyS-ESSALUD-2015, de fecha 13.ENE.15, se dispuso la no exigencia de la presentación de los primeros seis (6) requisitos y continuar con el requerimiento de los otros diez (10), mediante notificaciones al amparo del artículo 169°, numeral 1) de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General;

Que, la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley N° 27806 y su modificatoria, Ley N° 27927, establece que toda entidad se encuentra obligada a brindar información sobre sus actividades, procediendo a difundir a través de Internet entre otros, los procedimientos consignados en el TUPA institucional;

Que, en este contexto normativo, resulta conveniente formalizar y divulgar a la población asegurada los requisitos que se encuentran vigentes para el otorgamiento y pago de las Prestaciones Económicas;

Estando a lo expuesto, y en uso de las facultades rectoras y normativas de la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas, respecto al Sistema de Prestaciones Económicas, establecidas en el artículo 133° de su Reglamento de Organización y Funciones, aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 656-PE-2014 (31.DIC.14), modificado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 222-PE-2015 (20.MAR.15);

#### SE RESUELVE:

- 1) Suspender la exigencia de la presentación de seis (6) requisitos establecidos en la Directiva N° 08-GG-ESSALUD-2012 "Normas Complementarias al Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas", que no tienen valor agregado en la evaluación, toda vez que otros requisitos presentados permiten determinar la procedencia o improcedencia del subsidio:

#### Numeral 7.1.1 - Subsidio por Incapacidad Temporal

- h) Cuando la incapacidad temporal sea originada por un accidente de trabajo:  
(...)

En caso de trabajadores Pesqueros, Ley N° 28320, adicionalmente presentar:

- b. Constancia de Protesta Informativa por la Capitanía de Puerto que conste la ocurrencia producida tanto para naves en Alta Mar, como en Puerto y/o Fondeaderos.

#### Numeral 7.1.4 - Prestación por Sepelio

- k) Declaración Jurada de Beneficiario para Reembolso de Gastos de Sepelio, según modelo, debidamente llenada y firmada por el beneficiario.
- l) Contrato (original) detallado de los servicios funerarios y de los servicios de inhumación o cremación, firmado por el beneficiario y la empresa proveedora de los servicios. (Sólo cuando se solicita el reembolso de gastos funerarios).



- m) Copia de la Constancia de Entierro, firmada y sellada por el responsable del cementerio, indicando su nombre y cargo (Sólo cuando el pago se ha realizado previamente al deceso o por nichos multifamiliares).
  - n) Copia de la Autorización de Cremación (cuando es aplicable).
  - o) Copia de la Autorización de traslado de cadáver (cuando es aplicable)
- 2) Mantener la exigencia de diez (10) requisitos establecidos en la Directiva N° 08-GG-ESSALUD-2012 "Normas Complementarias al Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas", debido a que si son necesarios para la evaluación requiriéndose a los administrados a través de notificaciones, al amparo del artículo 169°, numeral 1, de la Ley del Procedimiento Administrativo General, Ley N° 27444:

#### **Numeral 7.1.1 - Subsidio por Incapacidad Temporal**

- h) Cuando la incapacidad temporal sea originada por un accidente de trabajo:  
Presentar Declaración Jurada firmada y sellada por el representante legal de la entidad empleadora que certifique la afiliación o no afiliación del asegurado al SCTR.

En caso de trabajadores Pesqueros, Ley N° 28320, adicionalmente presentar:

- a) Copia de parte de Zarpe y parte de Arribo, suscrita por la Capitanía de Puerto.
- i) Cuando el asegurado titular recibió el subsidio de su empleador pero falleció sin haber firmado la solicitud de reembolso:  
La entidad empleadora acreditará presentará Partida de Defunción del Asegurado fallecido (original) y los documentos sustentatorios que acrediten que cumplió con pagar el subsidio al asegurado fallecido, familiar directo o persona autorizada por el mismo.
- j) En caso de incapacidad motivada por accidente causado por tercero, presentar:  
Parte Policial o Informe de autoridad competente.
- k) En el caso de Trabajadores Pesqueros, Ley 28320, para determinar el importe y días a subsidiar se presentará:
  - a. Copias de las boletas de pago y/o contrato de trabajo, firmadas por el trabajador y el representante legal o funcionario autorizado de la entidad empleadora de los últimos 04 meses anteriores al inicio de la contingencia.
  - b. Copia de los Partes de Arribo que consigne la fecha de Zarpe de la Nave donde se produjo el accidente, en la fecha de producida la ocurrencia,
  - c. Copia de los partes de Arribo que consigne la fecha de Zarpe de la nave incurso, por las faenas de pesca posteriores en que ocurrió el accidente del trabajador.

#### **Numeral 7.1.2 – Subsidio por Maternidad**

- f) Cuando la asegurada titular recibió el subsidio de su empleador pero falleció sin haber firmado la solicitud de reembolso:  
La entidad empleadora acreditará el Registro de Baja por fallecimiento de la Asegurada titular en los Sistemas de EsSalud presentará la partida de defunción de la asegurada fallecida (original) y los documentos sustentatorios que acrediten que cumplió con pagar el subsidio a la asegurada fallecida, familiar directo o persona autorizada por la misma.



### Numeral 7.1.3 – Subsidio por Lactancia

- e) En el caso que la madre sea declarada incapaz, la prestación se pagará a través de su representante legal (curador), quien deberá presentar copia y mostrar el documento que lo acredita como tal.

### Numeral 7.1.4 - Prestación por Sepelio

- p) Cuando el beneficiario de la prestación haya fallecido:

Los herederos presentarán la partida de defunción del beneficiario fallecido (original) y el documento que los acredite como tales (Testamento o Sucesión Intestada), así como el poder, por documento público o privado con firma legalizada notarialmente, que otorgan a uno de los beneficiarios para que a nombre de los demás herederos pueda solicitar el subsidio devengado y no cobrado, utilizando las clases de poderes establecidas por el Reglamento de la Ley Notarial, según el importe del subsidio:

- Hasta media UIT, poder por carta con firma legalizada
- Más de media UIT y hasta 3 UIT, con poder fuera de registro
- Más de 3 UIT poder por Escritura Pública

- 3) Suspender la exigencia de la presentación del siguiente requisito previsto en el TUPA vigente y en la Directiva N° 008-GG-ESSALUD-2012, toda vez que el mismo obra en poder de la institución, con el cual se registra en Essalud la baja del asegurado titular por fallecimiento, información que es válida para la evaluación de los expedientes de Sepelio;

- ❖ Partida de Defunción original del asegurado titular.
  - (TUPA vigente, Procedimientos N° 31, 32 y 33, numeral 2).
  - (Directiva N° 008-GG-ESSALUD-2012, numeral 7.1.4, literal c).

- 4) Ratificar el contenido de la Carta Circular N° 003-GPE-GCPEyS-ESSALUD-2015, de fecha 13.ENE.15, y disponer que la presente Resolución sea aplicable a la calificación de solicitudes y/o evaluación de recursos impugnatorios que se encuentren pendientes de resolver a la fecha y los que se presenten hasta la vigencia del nuevo TUPA institucional.

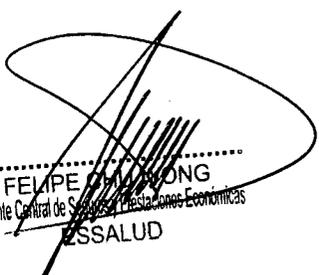
- 5) Encargar a la Secretaría General la publicación de la presente Resolución en el Diario Oficial "El Peruano".

- 6) Encargar a la Secretaría General para que en Coordinación con la Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones, efectúe la publicación de la presente Resolución, en el Portal Institucional de la Entidad, así como su respectiva difusión.

- 7) Disponer que la Sub Gerencia de Regulación de Prestaciones Económicas coordine con la Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo (GCPD) la actualización del TUPA institucional en lo referente a Prestaciones Económicas. Asimismo, proceda a actualizar la Directiva N° 08-GG-ESSALUD-2012 "Normas Complementarias al Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas", garantizando que exista uniformidad entre ambos documentos normativos.

- 8) Facultar a la Gerencia de Prestaciones Económicas a emitir las normas necesarias para la aplicación de la presente resolución.

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.**

  
FELIPE QUIROZ  
Gerente Central de Prestaciones Económicas  
ESSALUD

NT: 174-2015-436

---

**INFORME TÉCNICO  
N° 001-SGRPE-GPE-GCSPE-  
ESSALUD-2015**

**“Formalización y divulgación de los  
requisitos vigentes para el Otorgamiento  
de las Prestaciones Económicas”**

---

**Lima, Julio 2015**

**SUBGERENCIA DE REGULACION DE PRESTACIONES ECONOMICAS  
GERENCIA DE PRESTACIONES ECONOMICAS  
GERENCIA CENTRAL DE SEGUROS Y PRESTACIONES  
ECONÓMICAS**

**INFORME TÉCNICO N° 001-SGRPE-GPE-GCSPE-ESSALUD-2015**  
**“FORMALIZACIÓN Y DIVULGACIÓN DE LOS REQUISITOS VIGENTES PARA EL**  
**OTORGAMIENTO DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS”**

**I. ANTECEDENTES.-**

1. La Ley del Procedimiento Administrativo General - Ley N° 27444 (10.ABR.2001), en su artículo 36°, numeral 1 señala que, los procedimientos y requisitos se establecen exclusivamente mediante decreto supremo o norma de mayor jerarquía o de la decisión del titular de las entidades autónomas conforme a la Constitución, según su naturaleza. Dichos procedimientos deben ser compendiados y sistematizados en el Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA), aprobados para cada entidad; asimismo, en su numeral 2 del referido artículo prescribe que, las entidades solamente exigirán a los administrados la presentación de documentos, siempre que cumplan con los requisitos previstos en el numeral 1. Incurrir en responsabilidad la autoridad que procede de modo diferente, realizando exigencias a los administrados fuera de estos casos.
2. La Ley N° 30230 – Ley que establece Medidas Tributarias, Simplificación de Procedimientos y Permisos para la Promoción y Dinamización de la Inversión en el País, en su Artículo 16°, que modifica el Artículo 38° de la Ley N° 27444 señala que, incurre en responsabilidad administrativa el funcionario que solicita o exige el cumplimiento de requisitos que no están en el TUPA o que, estando en el TUPA, no han sido establecidos por la normatividad vigente o han sido derogados.
3. la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley N° 27806 y su modificatoria, Ley N° 27927, establece que toda entidad se encuentra obligada a brindar información sobre sus actividades, procediendo a difundir a través de Internet entre otros, los procedimientos consignados en el TUPA institucional.



**II. BASE LEGAL.-**

- a) Ley N° 26790 - Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.
- b) Reglamento de la Ley N° 26790, aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA.
- c) Decreto Supremo N° 001-98-SA- Modificación al Reglamento de la Ley N° 26790.
- d) Ley N° 28791 – Ley que modifica los alcances de la Ley N° 26790.
- e) Decreto Supremo N° 020-2006-TR – Reglamento de la Ley N° 28791.
- f) Ley N° 27056 Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD).
- g) Reglamento de la Ley N° 27056, Decreto Supremo N° 002-99-TR.
- h) Ley N° 27177 – Ley que incorpora como afiliados regulares del Seguro Social de Salud a los pescadores y procesadores pesqueros artesanales independientes.
- i) Decreto Supremo N° 002-2000-TR, Reglamento de la Ley N° 27177.
- j) Ley N° 27360 – Ley que aprueba las Normas de Promoción del Sector Agrario.
- k) Decreto Supremo N° 049-2002-AG – Reglamento de la Ley N° 27360.
- l) Decreto Supremo N° 026-2000-AG – Modifica el inciso c) del Art. 13° del Reglamento de la Ley de Promoción del Sector Agrario, adicionando el subsidio por lactancia.
- m) Ley N° 27866 – Ley del Trabajo Portuario.
- n) Decreto Supremo N° 003-2003-TR - Reglamento de la Ley N° 27866.
- o) Decreto Supremo N° 013-2004-TR- Texto Único Ordenado del Reglamento de la Ley del Trabajo Portuario.
- p) Ley N° 28320 – Ley que incorpora a EsSalud a los afiliados de la Caja de Beneficios y Seguridad Social del Pescador.
- q) Decreto Supremo N° 005-2005-TR – Reglamento de la Ley N° 28320
- r) Decreto Supremo N° 005-2006-TR – que modifica artículos del D.S. N° 005-2005-TR.
- s) Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General.
- t) Decreto Legislativo N° 295, que aprueba el Código Civil.
- u) Decreto Supremo N° 010-2010-TR, que aprueba el Texto Único de Procedimientos Administrativos de EsSalud.
- v) Decreto Supremo N° 163-2005-EF que dispone el pago directo a trabajadores de Unidades Ejecutoras del Presupuesto del Sector Público.

- w) Decreto de Urgencia N° 002-2006 que modifica el D.S. N° 163-2005-EF, establece Pago Directo de subsidios a Trabajadores de Unidades Ejecutoras del Sector Público.
- x) Acuerdo de Consejo Directivo N° 58-14-ESSALUD-2011, que aprueba el Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas.
- y) Directiva N° 08-GG-ESSALUD- 2012, aprobada por Resolución N° 619-GG-ESSALUD-2012.
- z) Carta Circular N° 003-GPE-CGPEyS-ESSALUD-2015.

### III. ANÁLISIS.-

1. La Gerencia de Prestaciones Económicas, a fin de comprobar el cumplimiento de lo dispuesto en la Ley N° 27444 y Ley N° 30230, en lo relacionado a la exigencia de requisitos para el trámite de las Prestaciones Económicas, efectuó una revisión de los requisitos previstos en la Directiva N° 08-GG-ESSALUD-2012 "Normas Complementarias al Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas".

De la evaluación efectuada se determinó que, las unidades operativas de prestaciones económicas venían solicitando a los asegurados y entidades empleadoras un total de 16 requisitos establecidos por la precitada Directiva, pero no consignados en el TUPA institucional vigente, por los cuales se determinó que seis (6) de ellos no son necesarios para la evaluación de los subsidios por prestaciones económicas; y que por los otros diez (10) sí se requiere su presentación para resolver las solicitudes presentadas por los administrados.

2. Con el ánimo de corregir esta situación y no incurrir en responsabilidad administrativa, la Gerencia de Prestaciones Económicas, mediante Carta Circular N° 003-GPE-GCPEyS-ESSALUD-2015, de fecha 13.ENE.15, divulgó a las áreas operativas de Prestaciones Económicas a nivel nacional las siguientes disposiciones:

- a) Suspender la exigencia de la presentación de seis (6) requisitos establecidos en la Directiva N° 08-GG-ESSALUD-2012 "Normas Complementarias al Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas", que no tienen valor agregado en la evaluación, toda vez que otros requisitos presentados permiten determinar la procedencia o improcedencia del subsidio, siendo ellos los siguientes:

CORR	TIPO P.E.	REQUISITOS	JUSTIFICACIÓN
1	IT	<b>En caso de trabajadores Pesqueros Ley N° 28320, adicionalmente presentar:</b> Constancia de Protesta Informativa por la Capitanía de Puerto que conste la ocurrencia producida tanto para naves en Alta Mar, como en Puerto y/o Fondeaderos. (Numeral 7.1.1, literal h, inciso b).	Requisito que no aporta valor agregado a la evaluación. Es suficiente el Aviso de Accidente de Trabajo y Parte de Arribo.
2	S	Declaración Jurada de Beneficiario para Reembolso de Gastos de Sepelio, según modelo, debidamente llenada y firmada por el beneficiario. (Numeral 7.1.4., literal k).	Requisito que no aporta valor agregado, ya que la validez del otorgamiento se comprueba en base al Registro de Baja, Acreditación y Comprobantes de Pago.
3	S	Contrato (original) detallado de los servicios funerarios y de los servicios de inhumación o cremación, firmado por el beneficiario y la empresa proveedora de los servicios. (Sólo cuando se solicita el reembolso de gastos funerarios). (Numeral 7.1.4., literal l).	Requisito que no aporta valor agregado, ya que la validez del otorgamiento se comprueba en base al Registro de Baja, Acreditación y Comprobantes de Pago.



4	S	Copia de la Constancia de Entierro, firmada y sellada por el responsable del cementerio, indicando su nombre y cargo (sólo cuando el pago se ha realizado previamente al deceso o por nichos multifamiliares). (Numeral 7.1.4., literal m).	Requisito que no aporta valor agregado, ya que la validez del otorgamiento se comprueba en base al Registro de Baja, Acreditación y Comprobantes de Pago.
5	S	Copia de la Autorización de Cremación (cuando es aplicable). (Numeral 7.1.4., literal n).	Requisito que no aporta valor agregado, ya que la validez del otorgamiento se comprueba en base al Registro de Baja, Acreditación y Comprobantes de Pago.
6	S	Copia de la Autorización de traslado de cadáver (cuando es aplicable) (Numeral 7.1.4., literal o).	Requisito que no aporta valor agregado, ya que la validez del otorgamiento se comprueba en base al Registro de Baja, Acreditación y Comprobantes de Pago.

IT = Incapacidad Temporal      S = Sepelio



- b) Mantener la exigencia de diez (10) requisitos establecidos en la Directiva N° 08-GG-ESSALUD-2012 "Normas Complementarias al Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas", debido a que sí son necesarios para la evaluación precisándose que debían ser requeridos a los administrados a través de notificaciones, al amparo del artículo 169°, numeral 1, de la Ley del Procedimiento Administrativo General, Ley N° 27444, según se detallan:

CORR	TIPO P.E.	REQUISITOS
1	IT	<b>Quando la incapacidad temporal sea originada por un accidente de trabajo:</b> Presentar Declaración Jurada firmada y sellada por el representante legal de la entidad empleadora que certifique la afiliación o no afiliación del asegurado al SCTR. (Numeral 7.1.1, literal h).
2	IT	<b>Quando la incapacidad temporal sea originada por un accidente de trabajo:</b> (...) <b>En caso de trabajadores Pesqueros Ley N° 28320, adicionalmente presentar:</b> Copia de parte de Zarpe y parte de Arribo, suscrita por la Capitanía de Puerto, de la nave donde se produjo el accidente, en la fecha de producida la ocurrencia. (Numeral 7.1.1, literal h, inciso a).
3	IT	<b>Quando el asegurado titular recibió el subsidio de su empleador pero falleció sin haber firmado la solicitud de reembolso:</b> La entidad empleadora presentará la partida de defunción del asegurado fallecido (original) y los documentos sustentatorios que acrediten que cumplió con pagar el subsidio al asegurado fallecido, familiar directo o persona autorizada por el mismo. (Numeral 7.1.1, literal i).
4	IT	<b>En caso de incapacidad motivada por accidente causado por tercero:</b> Presentar Parte Policial o Informe de autoridad competente. (Numeral 7.1.1, literal j).



5	IT	<b>En caso de trabajadores Pesqueros, Ley N° 28320, para determinar el importe y días a subsidiar se presentará:</b> Copias de las boletas de pago y/o contrato de trabajo, firmadas por el trabajador y el representante legal o funcionario autorizado de la entidad empleadora de los últimos 04 meses anteriores al inicio de la contingencia. (Numeral 7.1.1, literal k, inciso a).
6	IT	Copia de los Partes de Arribo que consigne la fecha de Zarpe de la nave donde se produjo el accidente, en la fecha de producida la ocurrencia. (Numeral 7.1.1, literal k, inciso b).
7	IT	Copia de los partes de Arribo que consigne la fecha de Zarpe de la nave incurra, por las faenas de pesca posteriores en que ocurrió el accidente del trabajador. (Numeral 7.1.1, literal k, inciso c).
8	M	<b>Cuando la asegurada titular recibió el subsidio de su empleador pero falleció sin haber firmado la solicitud de reembolso:</b> La entidad empleadora presentará la partida de defunción de la asegurada fallecida (original) y los documentos sustentatorios que acrediten que cumplió con pagar el subsidio a la asegurada fallecida, familiar directo o persona autorizada por la misma. (Numeral 7.1.2, literal f).
9	L	<b>En el caso que la madre sea declarada incapaz:</b> La prestación se pagará a través de su representante legal (curador), quien deberá presentar copia y mostrar el documento que lo acredita como tal. (Numeral 7.1.3, literal e).
10	S	<b>Cuando el beneficiario de la prestación haya fallecido:</b> Los herederos presentarán la partida de defunción del beneficiario fallecido (original) y el documento que los acredite como tales (Testamento o Sucesión Intestada), así como el poder, por documento público o privado con firma legalizada notarialmente, que otorgan a uno de los beneficiarios para que a nombre de los demás herederos pueda solicitar el subsidio devengado y no cobrado, utilizando las clases de poderes establecidas por el Reglamento de la Ley Notarial, según el importe del subsidio: ➤ Hasta media UIT, poder por carta con firma legalizada. ➤ Más de media UIT y hasta 3 UIT, con poder fuera de registro. ➤ Más de 3 UIT, poder por Escritura Pública (Numeral 7.1.4, literal p).

IT = Incapacidad Temporal M = Maternidad L = Lactancia S = Sepelio

- Se ha determinado que el requisito "Partida de Defunción del asegurado titular" que actualmente se viene solicitando, al amparo del TUPA vigente (Procedimientos N° 31, 32 y 33, numeral 2) y Directiva N° 008-GG-ESSALUD-2012, (numeral 7.1.4, literal c), **ya obra en poder de la institución**, al exigirse como requisito para registrar la baja del asegurado titular por fallecimiento en EsSalud, información que es válida para la evaluación de los expedientes de Sepelio, por lo cual debe suspenderse la exigencia de este requisito.
- Las disposiciones establecidas en la Carta Circular N° 003-GPE-GCPEyS-ESSALUD-2015, se vienen cumpliendo a la fecha; sin embargo, debido a la implementación de la actual estructura orgánica, establecida mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 656-PE-2014 (31.DIC.14), modificado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 222-PE-2015 (20.MAR.15), la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas es el superior jerárquico de la Gerencia de Prestaciones Económicas, por lo cual resulta conveniente que dicha Gerencia Central ratifique lo establecido por la Gerencia de Prestaciones Económicas mediante Carta Circular N° 003-GPE-GCPEyS-ESSALUD-2015, y extienda sus alcances a la calificación de solicitudes y/o evaluación de recursos impugnatorios que se encuentren pendientes de resolver a la fecha y los que se presenten hasta la vigencia del nuevo TUPA institucional.

5. De otro lado, la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública - Ley N° 27806, y su modificatoria, Ley N° 27927, en su artículo 3° establece que, las entidades públicas están sometidas al principio de publicidad, por el cual los funcionarios responsables deben brindar la información correspondiente al área de su competencia, deberán prever una adecuada infraestructura, así como la organización, sistematización y publicación de la información a que se refiere la Ley antes acotada; asimismo, en su Artículo 5° prescribe que las entidades públicas establecerán progresivamente la difusión a través de Internet, entre otros, de sus datos generales que incluyan las disposiciones y comunicados emitidos, su organización, organigrama, procedimientos, el marco legal al que está sujeta y el Texto Único Ordenado de Procedimientos Administrativos que la regula.

En este contexto, resulta conveniente divulgar a la población asegurada los requisitos vigentes para el trámite y otorgamiento de las Prestaciones Económicas, tanto por el medio periodístico oficial como por la página web institucional.

#### **IV. RECOMENDACIÓN.-**



Que, la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas, vía Resolución Administrativa:

- a) Ratifique el contenido de la Carta Circular N° 003-GPE-GCPEyS-ESSALUD-2015, de fecha 13.ENE.15, y extienda sus alcances a la calificación de solicitudes y/o evaluación de recursos impugnatorios que se encuentren pendientes de resolver a la fecha y los que se presenten hasta la vigencia del nuevo TUPA institucional.
- b) Suspenda la exigencia del requisito "Partida de Defunción del asegurado titular", prevista en el TUPA institucional y en la Directiva N° 08-GG-ESSALUD-2012 "Normas Complementarias al Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas".
- c) Autorice la publicación de los requisitos vigentes para el otorgamiento de Prestaciones Económicas en el Portal Web institucional, en concordancia con lo expuesto en el presente Informe.
- d) Disponga que la Gerencia de Prestaciones Económicas actualice el TUPA institucional en lo referente a Prestaciones Económicas y la Directiva N° 08-GG-ESSALUD-2012.

Lima, 13 de Julio del 2015.

Lima, 03 de octubre del 2017

**VISTOS:**

La Carta N° 1573-GCSPE-ESSALUD-2017 de la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas; y, la Carta N° 2069-GCAJ-ESSALUD-2017 y el Informe N° 393-GNAJ-GCAJ-ESSALUD-2017, de la Gerencia Central de Asesoría Jurídica, y;

**CONSIDERANDO:**

Que, de conformidad con lo establecido en el numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, ESSALUD tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;



Que, mediante el Decreto Legislativo N° 1246 se aprueban diversas medidas de simplificación administrativa; y, con el Decreto Legislativo N° 1272 se dispone la modificación de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, así como la derogatoria de la Ley N° 29060, Ley del Silencio Administrativo;

Que, el artículo 5° del Decreto Legislativo N° 1246 establece la prohibición por parte de las entidades del Estado de exigir a los administrados documentos tales como copia del Documento Nacional de Identidad, copias de la partida de nacimiento o certificado de defunción emitidas en fecha reciente o dentro de un periodo máximo, legalización notarial de firmas, salvo exigencia por Ley expresa, copia de ficha RUC o certificado de información registrado ante SUNAT, así como cualquier otro documento que acredite o proporcione información que conste en registros de libre acceso a través de internet u otro medio de comunicación pública;

Que, el artículo 3° del Decreto Legislativo N° 1246 regula la interoperabilidad por la que las entidades de la Administración Pública que posean y administren información sobre identificación y estado civil, antecedentes penales, antecedentes judiciales, antecedentes policiales, grados y títulos, vigencia de poderes y designación de representantes legales, y titularidad o dominio sobre bienes registrados, deben ponerla a disposición de manera gratuita y permanente a las entidades del Poder Ejecutivo;

Que, asimismo, el citado artículo 3° del Decreto Legislativo N° 1246 indica que, en tanto se implemente la interoperabilidad entre las entidades del Estado, la información de los usuarios y administrados requerida por las entidades de la administración pública, relacionada, entre otras, con la identificación, estado civil y titularidad o dominio sobre bienes registrados, podrán ser sustituidos, a opción del administrado, por una declaración jurada, conforme a lo establecido en el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, aprobado por Decreto Supremo N° 006-2017-JUS;



Que, en virtud de lo señalado en los considerandos precedentes, es necesario modificar algunas disposiciones relacionadas con requisitos de los procedimientos administrativos señalados en el TUPA de ESSALUD correspondientes a la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas, a fin de adecuarlas a las disposiciones y modificaciones efectuadas por los Decretos Legislativos Nros. 1246 y 1272;

Que, de conformidad con lo establecido en el literal b) del artículo 9° de la Ley N° 27056, el Gerente General es competente para dirigir el funcionamiento de la institución, emitir las Directivas y los procedimientos internos necesarios, en concordancia con las políticas, lineamientos y demás disposiciones del Consejo Directivo y del Presidente Ejecutivo;

Con los vistos buenos de la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas, Gerencia Central de Atención al Asegurado y de la Gerencia Central de Asesoría Jurídica;

Estando a las facultades conferidas

**SE RESUELVE:**

1. **DISPONER** que para la realización de los procedimientos o trámites administrativos ante ESSALUD, no será exigible la vigencia del Documento Nacional de Identidad (DNI) del administrado o solicitante.
2. **ESTABLECER** que el Derecho Especial de Cobertura por Desempleo (latencia), será otorgado de manera automática, sin la solicitud del asegurado, a aquellos que cumplan con las condiciones señaladas en la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, Ley N° 26790 y su Reglamento.
3. **ELIMINAR** el literal d) del numeral 7.1.1 de la Directiva N° 008-GG-ESSALUD-2012, "Normas Complementarias al Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas", aprobada mediante Resolución N° 619-GG-ESSALUD-2012.
4. **MODIFICAR** el literal e) del numeral 7.1.1 de la Directiva N° 008-GG-ESSALUD-2012, "Normas complementarias al Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas", aprobada mediante Resolución N° 619-GG-ESSALUD-2012, en los términos siguientes:

e) Quando el titular del subsidio haya fallecido y se trate de un pago directo:

*Si el monto del subsidio no cobrado no supera la media (1/2) Unidad Impositiva Tributaria - UIT: Presentar declaración Jurada con firma y huella digital, designando a uno de los herederos, para que a nombre de los demás pueda solicitar el pago del subsidio devengado y no cobrado.*

*Si el monto del subsidio no cobrado supera la media (1/2) UIT: Los herederos presentarán un documento que los acredite como tales (Testamento o Sucesión Intestada), así como el poder por documento público o privado con firma legalizada notarialmente, que otorgan a uno de los beneficiarios para que a nombre de los*



demás pueda solicitar el pago del subsidio devengado y no cobrado, según el importe del subsidio:

Más de media (½) UIT y hasta tres (03) UIT, con poder fuera de registro.  
Más de tres (03) UIT, con poder por Escritura Pública.

5. **MODIFICAR** el tercer ítem del numeral 8.6 de la Directiva N° 09-GG-ESSALUD-2016, "Pago de Subsidio por Maternidad", aprobada mediante Resolución N° 518-GG-ESSALUD-2016, en los términos siguientes

(...)

**8.6 Aseguradas regulares titulares que fallecieron sin cobrar el subsidio (pago directo):**

(...)



Cuando el monto del subsidio no cobrado no supere la media (½) Unidad Impositiva Tributaria - UIT: Presentar declaración Jurada con firma y huella digital, designando a uno de los herederos, para que a nombre de los demás pueda solicitar el pago del subsidio devengado y no cobrado.

Cuando el monto del subsidio no cobrado supere la media (½) UIT: Los herederos presentarán un documento que los acredite como tales (Testamento o Sucesión Intestada), así como el poder por documento público o privado con firma legalizada notarialmente, que otorgan a uno de los beneficiarios para que a nombre de los demás pueda solicitar el pago del subsidio devengado y no cobrado, según el importe del subsidio:

Más de media (½) UIT y hasta tres (03) UIT, con poder fuera de registro.  
Más de tres (3) UIT, con poder por Escritura Pública.

6. **MODIFICAR** el numeral 6.3.6 de la Directiva N° 01-GG-ESSALUD-2016, "Pago de Prestación por Sepelio", aprobada mediante Resolución N° 062-GG-ESSALUD-2016, en los términos siguientes:

(...)

**6.3.6 Beneficiario fallecido (excepto asegurados potestativos)**

Cuando el beneficiario de la prestación haya fallecido: Los herederos presentarán una Declaración Jurada con firma y huella digital, designando a uno de ellos, para que a nombre de los demás herederos pueda solicitar el pago de la prestación devengada y no cobrada.

7. **FACULTAR** a la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas, la facultad de aprobar las disposiciones complementarias u otros documentos de gestión (formatos de declaraciones juradas, formularios, procedimientos, entre otros), en el marco de lo establecido en la presente resolución.



8. **DISPONER** que la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas implemente de manera inmediata, las acciones de simplificación administrativa antes señaladas, en la atención a los administrados a través de la plataforma de atención al asegurado.
9. **PUBLICAR** la presente Resolución en el Compendio Normativo del Seguro Social de Salud – ESSALUD.
10. **DISPONER** la publicación de la presente Resolución en el diario Oficial “El Peruano” y encargar dicha acción a la Secretaría General.

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.**



MARIA DEL CARMEN VALVERDE YABA  
GERENTE GENERAL  
ESSALUD

Lima, 24 de abril del 2017

**VISTOS:**

La Carta N° 695-GCSPE-ESSALUD-2017 de la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas; y, la Carta N° 1100-GCAJ-ESSALUD-2017 de la Gerencia Central de Asesoría Jurídica, y;

**CONSIDERANDO:**

Que, de conformidad con lo establecido en el numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, ESSALUD tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que el artículo 9° de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, establece que las prestaciones del Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud son determinadas en los Reglamentos, en función del tipo de afiliación, pudiendo comprender entre otros, el subsidio por incapacidad temporal para el trabajo;

Que, en el literal a.3) del artículo 12° de la Ley N° 26790, se establece que el derecho al subsidio por incapacidad temporal para el trabajo se adquiere a partir del vigésimo primer día de incapacidad. Durante los primeros 20 días de incapacidad el empleador o cooperativa continúa obligado al pago de la remuneración o retribución. Para tal efecto, se acumulan los días de incapacidad remunerados durante cada año. El subsidio se otorgará mientras dura la incapacidad del trabajador, hasta un máximo de 11 meses y 10 días consecutivos;

Que, el artículo 14° del Reglamento de la Ley N° 26790, aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA, dispone que las prestaciones económicas comprenden los subsidios por incapacidad temporal, maternidad, lactancia y las prestaciones por sepelio, añadiendo que ESSALUD establece la normativa complementaria que contemple las diferentes circunstancias en el otorgamiento de las prestaciones económicas;

Que, el artículo 15° del Reglamento de la Ley N° 26790, modificado por el Decreto Supremo N° 020-2006-TR, establece que el subsidio por incapacidad temporal se otorga en dinero, con el objeto de resarcir las pérdidas económicas de los afiliados regulares en actividad, derivadas de la incapacidad para el trabajo ocasionada por el deterioro de su salud, mientras dura la incapacidad del trabajador, hasta un máximo de 11 meses y 10 días consecutivos;



Que, mediante el Acuerdo de Consejo Directivo N° 58-14-ESSALUD-2011, se aprobó el Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas, facultándose a la Gerencia General para que dicte las normas y procedimientos complementarios que permitan su adecuado cumplimiento;

Que, mediante la Resolución de Gerencia General N° 619-GG-ESSALUD-2012, se aprobó la Directiva N° 08-GG-ESSALUD-2012, "Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas", estableciéndose en los párrafos sexto, séptimo y octavo del numeral 8.1.3, modificados por la Resolución de Gerencia General N° 1311-GG-ESSALUD-2014, entre otros aspectos, que el total de los periodos no consecutivos por los cuales se pague el subsidio no deberá ser mayor de 340 días;

Que, por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015 se aprobó el Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud - ESSALUD, en cuyo literal h) del artículo 139° establece como función de la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas elaborar y evaluar las normas y procedimientos para el otorgamiento, evaluación y auditoría de las prestaciones económicas a los asegurados, determinar y proponer el presupuesto para dichas prestaciones, así como ejecutar acciones de auditoría y fiscalización posterior y disponer las medidas correctivas;



Que, mediante la Carta de Vistos, la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas propone un proyecto de Resolución de Gerencia General que conforma una comisión de trabajo, encargada de elaborar un informe que proponga la normativa correspondiente al subsidio de incapacidad temporal para el trabajo en los supuestos de días no consecutivos; modificar la Directiva N° 08-GG-ESSALUD-2012; y, se disponga que toda mención en la normativa interna respecto al máximo de días consecutivos de incapacidad temporal para el trabajo establecido en 340 días, se refiera a 11 meses y 10 días;



Que, la Gerencia Central de Asesoría Jurídica con las Cartas Nros. 200 y 207-GCAJ-ESSALUD-2017 e Informes Nros. 040 y 043-GNAJ-GCAJ-ESSALUD-2017, manifiesta que la normativa vigente no ha previsto el número de contingencias o el tiempo máximo de días cubiertos por el subsidio de incapacidad temporal para el trabajo en toda la vida laboral del trabajador o en caso de días no consecutivos, debiendo evaluarse para tal efecto, lo señalado en el Convenio 102 OIT, Convenio sobre la Seguridad Social (normas mínimas) 1952, entre otros aspectos; recomendando emplear el término 11 meses y 10 días en lugar de 340 días, para el caso del límite máximo de días consecutivos sujetos a subsidio por ESSALUD;



Que, asimismo, con la Carta de Vistos la Gerencia Central de Asesoría Jurídica propone que la comisión de trabajo determine el subsidio por incapacidad temporal para el trabajo respecto a periodos no consecutivos, considerando lo establecido en el Convenio 102 OIT;

Que, el artículo 14° del Reglamento de la Ley N° 26790 faculta a ESSALUD para establecer la normatividad complementaria que contemple las diferentes circunstancias en el otorgamiento de las prestaciones económicas;

Que, es necesario evaluar la conformidad de las normas y prácticas de ESSALUD a los principios y normas en materia de seguridad social establecidos por la OIT, entre otras normas;

Que, en el artículo VIII del Título Preliminar de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, cuyo Texto Único Ordenado ha sido aprobado por el Decreto Supremo N° 006-2017-JUS, se establece que las autoridades administrativas no podrán dejar de resolver las cuestiones que se les proponga, por deficiencia de sus fuentes; en tales casos, acudirán a los principios del procedimiento administrativo previstos en esta Ley; en su defecto, a otras fuentes supletorias del derecho administrativo, y sólo subsidiariamente a éstas, a las normas de otros ordenamientos que sean compatibles con su naturaleza y finalidad;

Que, asimismo, el referido artículo dispone que cuando la deficiencia de la normativa lo haga aconsejable, complementariamente a la resolución del caso, la autoridad elaborará y propondrá a quien compete, la emisión de la norma que supere con carácter general esta situación, en el mismo sentido de la resolución dada al asunto sometido a su conocimiento;



Que, en consecuencia, resulta necesaria la creación de una Comisión de Trabajo integrada por las Gerencias Centrales de Seguros y Prestaciones Económicas, de Prestaciones de Salud, de Asesoría Jurídica, de Planeamiento y Presupuesto y de Operaciones, con el objeto de proponer la normativa que regule aspectos relacionados con la incapacidad temporal para el trabajo;



Que, de conformidad con lo establecido en el literal b) del artículo 9° de la Ley N° 27056, el Gerente General es competente para dirigir el funcionamiento de la institución, emitir las Directivas y los procedimientos internos necesarios, en concordancia con las políticas, lineamientos y demás disposiciones del Consejo Directivo y del Presidente Ejecutivo;

Con los vistos buenos de la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas y de la Gerencia Central de Asesoría Jurídica;

Estando a las facultades conferidas



**SE RESUELVE:**

1. **CONSTITUIR** una comisión de trabajo encargada de elaborar un Informe que proponga:
  - a) La normativa que defina las situaciones en las que corresponde: i) acumular periodos de incapacidad temporal alternados con periodos de actividad laboral, cuando se trate de la misma o similar enfermedad, daño, complicación o

secuela a fin de determinar si se considera que se trata de una sola situación de incapacidad temporal, sometida a un único plazo máximo; y, **ii) el inicio de un nuevo periodo de incapacidad temporal**, sea cual fuere el tiempo que medie entre una enfermedad, daño o complicación que no guarde relación con la contingencia anterior.

- b) **Mejoras en la normatividad relacionada con los mecanismos de control en el otorgamiento de prestaciones económicas por incapacidad temporal para el trabajo.**
- c) **Mecanismos para el seguimiento de sus recomendaciones.**
- d) El informe debe acompañar el (los) proyecto (s) de la (s) propuesta (s) normativa (s) a que se hace mención en los literales a) y b) antes descritos.

2. **ESTABLECER** que la citada Comisión este integrada por los siguientes funcionarios:

- El Gerente Central de Seguros y Prestaciones Económicas, quien lo presidirá.
- El Gerente Central de Prestaciones de Salud
- El Gerente Central de Asesoría Jurídica
- El Gerente Central de Planeamiento y Presupuesto
- El Gerente Central de Operaciones

Los integrantes de la referida Comisión podrán contar con un representante alerno, que será designado mediante documento emitido por el representante titular.

3. **DISPONER** que la referida Comisión en un plazo no mayor de sesenta (60) días calendario a partir del día siguiente de la emisión de la presente Resolución, formulará y presentará a Gerencia General el Informe con la correspondiente propuesta.

4. **DISPONER** que en tanto no se apruebe la propuesta normativa relacionada con el encargo a la citada Comisión, el total de los periodos no consecutivos por los cuales se pague el subsidio, establecido en el sexto párrafo del numeral 8.1.3 de la Directiva N° 008-GG-ESSALUD-2012, "Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas", aprobada por la Resolución de Gerencia General N° 619-GG-ESSALUD-2012 y modificada por la Resolución de Gerencia General N° 1311-GG-ESSALUD- 2014, no deberá ser mayor de 540 días en el curso de 36 meses.

5. **DISPONER** que toda mención en la normativa interna respecto al máximo de días consecutivos de incapacidad temporal para el trabajo establecido en 340 días, se refiere a 11 meses y 10 días.

6. **PUBLICAR** la presente Resolución en el Compendio Normativo del Seguro Social de Salud – ESSALUD.



7. **DISPONER** la publicación de la presente Resolución en el diario Oficial "El Peruano" y encargar dicha acción a la Secretaría General.

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.**



Dr. Manuel Roberto de la Flor Matos  
Gerente General  
ESSALUD



# EsSalud

RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N° 518 -GG-ESSALUD-2016

Lima, 27 de abril de 2016

## VISTOS:

La Carta N° 1252-GCSPE-ESSALUD-2016 y el Informe Técnico de la Gerencia de Prestaciones Económicas de la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas; la Carta N° 1015 -GCAJ-ESSALUD-2016 y el Informe N° 195 -GNAAGCAJ-ESSALUD-2016 de la Gerencia Central de Asesoría Jurídica; y;

## CONSIDERANDO:

Que, conforme a lo establecido en el numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, ESSALUD tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que correspondan al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, el literal c) del artículo 9° de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud señala dentro de las prestaciones en dinero, los subsidios por incapacidad temporal y maternidad;

Que, el artículo 16° del Reglamento de la Ley N° 26790, aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA y modificado por los Decretos Supremos Nros. 001-2015-TR y 002-2016-TR, indica que 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 noventa y ocho (98) 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, extendiéndose por treinta (30) días adicionales en casos de nacimiento múltiple o nacimiento de niños con discapacidad;

Que, en el artículo 14° del Reglamento de la Ley N° 26790 se dispone que ESSALUD establece la normativa complementaria que contemple las diferentes circunstancias en el otorgamiento de las prestaciones económicas;

Que, con el numeral 1.1 del artículo 1° de la Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado, se declaró al Estado peruano en proceso de modernización en sus diferentes instancias, dependencias, entidades, organizaciones y procedimientos, con la finalidad de mejorar la gestión pública y construir un Estado democrático, descentralizado y al servicio del ciudadano; asimismo, en su artículo 4° se establece que el proceso de modernización de la gestión del Estado tiene como finalidad fundamental la obtención de mayores niveles de eficiencia del aparato estatal, de manera que se logre una mejor atención a la ciudadanía, priorizando y optimizando el uso de los recursos públicos;

Que, mediante Acuerdo de Consejo Directivo N° 58-14-ESSALUD-2011 se aprobó el "Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas", en cuyos artículos 12° y 14° se dispuso que el subsidio por maternidad se puede pagar directamente al asegurado o con cargo a reembolso a la entidad empleadora;

Que, en el numeral 2 del Acuerdo de Consejo Directivo N° 58-14-ESSALUD-2011 se faculta al Gerente General a dictar las normas y procedimientos que permitan dar cumplimiento a dicho Acuerdo;

Que, en ese sentido, mediante Resolución de Gerencia General N° 619-GG-ESSALUD-2012 se aprobó la Directiva N° 08-GG-ESSALUD-2012, "Normas Complementarias al Reglamento de Prestaciones Económicas", estableciéndose en los numerales 7.1.2, el subsidio por maternidad; en el 8.2, disposiciones sobre subsidio por maternidad; y, en 12.3, disposiciones relativas a la prestación por maternidad (asegurados potestativos);

Que, por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015 se aprobó el Texto Actualizado y concordado del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud – ESSALUD, en cuyo literal h) de su artículo 139° se establece que la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas tiene por función elaborar y evaluar las normas y procedimientos para el otorgamiento, evaluación y auditoría de las prestaciones económicas a los asegurados, determinar y proponer el presupuesto para dichas prestaciones, así como ejecutar acciones de auditoría y fiscalización posterior y disponer las medidas correctivas;

Que, en el marco de sus competencias y mediante Carta de Vistos la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas remite el proyecto de Directiva denominado "Pago de Subsidio por Maternidad", que tiene por objetivo establecer normas, criterios y procedimientos que regulen el pago del subsidio por maternidad a través de un proceso automatizado, que permita brindar las prestaciones económicas de manera confiable y oportuna; y asimismo, tiene por finalidad estandarizar los criterios metodológicos para el procedimiento del pago de subsidio por maternidad, en concordancia con los principios de celeridad y eficacia del procedimiento administrativo;

Que, de igual manera, señala que en la propuesta remitida se ha considerado los aportes y sugerencias de las Gerencias Centrales de Tecnologías de Información y Comunicaciones y Gestión Financiera con Cartas Nros. 360-GCTIC-ESSALUD-2016 y 1193-GCGF-ESSALUD-2016, respectivamente, en cumplimiento de la Directiva N° 013-GG-ESSALUD-2013;

Que, con Carta N° 1015 -GCAJ-ESSALUD-2016 e Informe N° 195 -GNAJ-GCAJ-ESSALUD-2016 la Gerencia Central de Asesoría Jurídica emitió opinión señalando que el proyecto de Directiva "Pago de Subsidio por Maternidad", constituye un instrumento de índole técnico cuya elaboración estuvo a cargo de la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas, conforme a sus competencias, cuyo objetivo guarda concordancia con la Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado; la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA; y guarda concordancia con los fines del Seguro Social de Salud – ESSALUD, establecidos en el numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley N° 27056, en lo referido al otorgamiento de cobertura a los asegurados y sus derechohabientes;

Que, en tal sentido, resulta viable contar con un documento técnico normativo actualizado que permita establecer un proceso automatizado para otorgar el subsidio por maternidad de manera sencilla y oportuna;



Que, de acuerdo a lo establecido en el literal b) del artículo 9° de la Ley N° 27056, el Gerente General es competente para dirigir el funcionamiento de la Institución, emitir las directivas y los procedimientos internos necesarios, en concordancia con las políticas, lineamientos y demás disposiciones del Consejo Directivo y del Presidente Ejecutivo;

Con los vistos de la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas, la Gerencia Central de Gestión Financiera, la Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones y la Gerencia Central de Asesoría Jurídica, y;

Estando a lo expuesto y en uso de las facultades conferidas;

### SE RESUELVE:

1. **APROBAR** la Directiva N° 09 -GG-ESSALUD-2016, "Pago de Subsidio por Maternidad", que en anexo adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.
2. **DEJAR SIN EFECTO** los numerales 7.1.2, Subsidio por maternidad, 8.2 Disposiciones sobre subsidio por maternidad, y 12.3 Disposiciones relativas a la prestación por maternidad (asegurados potestativos), de la Directiva N° 08-GG-ESSALUD-2012 "Normas Complementarias al Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas", aprobada por Resolución de Gerencia General N° 619-GG-ESSALUD-2012. [Ver resolución](#)
3. **DISPONER** que la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas, la Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones y la Gerencia Central de Gestión Financiera, realicen las acciones necesarias en el ámbito de su competencia para la implementación de Directiva aprobada por la presente Resolución.
4. **FACULTAR** a la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas a emitir las disposiciones necesarias para la aplicación de la Directiva aprobada.
5. **ENCARGAR** a la Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones efectuó la publicación de la presente Resolución en el Portal Institucional de la Entidad.
6. **PUBLICAR** la presente Resolución en el Compendio Normativo del Seguro Social de Salud – ESSALUD.

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE**



MIGUEL LA ROSA PAREDES  
GERENTE GENERAL  
ESSALUD

**DIRECTIVA N° 09 -GG-ESSALUD-2016**  
**“PAGO DE SUBSIDIO POR**  
**MATERNIDAD”**

Aprobada por Resolución de Gerencia General  
N°518GG-ESSALUD-2016

**GERENCIA CENTRAL DE SEGUROS Y**  
**PRESTACIONES ECONÓMICAS**

## DIRECTIVA DE GERENCIA GENERAL N° 518-GG-ESSALUD-2016

### “PAGO DE SUBSIDIO POR MATERNIDAD”

#### 1. OBJETIVO

Establecer normas, criterios y procedimientos que regulen el pago del subsidio por maternidad, a través de un proceso automatizado, que permita brindar las prestaciones económicas de manera confiable y oportuna.

#### 2. FINALIDAD

Estandarizar los criterios metodológicos para el procedimiento del pago de subsidio por maternidad, en concordancia con los principios de celeridad y eficacia del procedimiento administrativo.

#### 3. BASE LEGAL

- Ley N° 26790 - Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y sus modificatorias.
- Reglamento de la Ley N° 26790, aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA y sus modificatorias.
- Ley N° 27056 Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD).
- Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General
- Ley N 27658 – Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado
- Ley N° 27785 – Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República
- Ley N° 28791 – Ley que establece modificaciones a la Ley N° 26790
- Reglamento de la Ley N° 28791, aprobado por Decreto Supremo N° 020-2006-TR
- Ley N° 27177 – Ley que incorpora como afiliados regulares del Seguro Social de Salud a los pescadores y procesadores pesqueros artesanales independientes.
- Reglamento de la Ley N° 27177, aprobado por Decreto Supremo N° 002-2000-TR
- Ley N° 27360 – Ley que aprueba las Normas de Promoción del Sector Agrario
- Reglamento de la Ley N° 27360, aprobado por Decreto Supremo N° 049-2002-AG.
- Decreto Supremo N° 026-2000-AG – Modifica el inciso c) del Art. 13° del Reglamento de la Ley de Promoción del Sector Agrario, adicionando el subsidio por lactancia.
- Ley N° 27866 – Ley del Trabajo Portuario.
- Decreto Supremo N° 013-2004-TR – Texto Único Ordenado del Reglamento de la Ley del Trabajo Portuario.
- Ley N° 28320 – Ley que amplía el plazo a que se refiere el inciso a) del artículo 3° de la Ley N° 28193, Ley que proroga el plazo de vigencia del Comité Especial Multisectorial de Reestructuración de la Caja de Beneficios y Seguridad Social del Pescador.
- Reglamento de la Ley N° 28320, aprobado por Decreto Supremo N° 005-2005-TR y modificado mediante Decreto Supremo N° 005-2006-TR.
- Ley 29060 – Ley del Silencio Administrativo
- Decreto Legislativo N° 1057 que Regula el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios.
- Reglamento del D. Legislativo N° 1057, aprobado con Decreto Supremo N° 075-2008-PCM
- Ley N° 29849 que establece la eliminación progresiva del régimen especial del decreto legislativo 1057 y otorga derechos laborales
- Ley N° 26842 – Ley General de Salud
- Ley N° 30230 – que establece medidas tributarias, simplificación de procedimientos y permisos para la promoción y dinamización de la inversión en el país.
- Decreto Supremo N° 030-2002-PCM (Reglamento de la Ley N° 27658)
- Decreto Supremo N° 096-2007-PCM, que regula la fiscalización posterior aleatoria de los procedimientos administrativos por parte de las entidades de la administración pública.
- Decreto Legislativo N° 1172, que establece medidas para cautelar el cumplimiento de las normas a la seguridad social en salud y la obligación de informar del trabajador
- Decreto Legislativo N° 295, que aprueba el Código Civil



- Decreto Supremo N° 003-98-SA que aprueba las Normas Técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.
- Decreto Supremo N° 163-2005-EF que dispone el pago directo a trabajadores de Unidades Ejecutoras del Presupuesto del Sector Público
- Decreto de Urgencia N° 002-2006 que modifica el D.S. N° 163-2005-EF, establece Pago Directo de subsidios a Trabajadores de Unidades Ejecutoras del Sector Público
- Decreto Supremo N° 066-2011-PCM, que aprueba el "Plan de Desarrollo de la Sociedad de Información en el Perú. La agenda digital Peruana 2.0"
- Decreto Supremo N° 01-2016-TR, que modifica el Decreto Supremo N° 010-2010-TR Texto Único de Procedimientos Administrativos del Seguro Social de Salud - EsSalud.
- Ley N° 30367 "Ley que protege a la madre trabajadora contra el despido arbitrario y prolonga su período de descanso"
- D.S. N° 002-2016-TR que adecua las normas reglamentarias que regulan el descanso por maternidad y el pago del subsidio por maternidad a las disposiciones de la Ley N° 30367.
- Directiva N° 14-GG-ESSALUD-2009 "Normas y lineamientos para ejecutar la Fiscalización Posterior en los procedimientos administrativos sujetos a aprobación automática o a aprobación previa previstos en el TUPA-ESSALUD", aprobado por Resolución de Gerencia General N° 1236- GG-ESSALUD-2009.
- Reglamento de Organización y Funciones de ESSALUD, aprobado mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015.
- Acuerdo de Consejo Directivo N° 58-14-ESSALUD-2011 que aprueba el Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas.
- Directiva N° 015-GG-ESSALUD-2014 "Normas y Procedimientos para la emisión, registro y control de las Certificaciones Médicas por Incapacidad y Maternidad en EsSalud", aprobada con Resolución de Gerencia General N° 1311-GG-ESSALUD-2014.
- Resolución de Gerencia General N° 875-GG-ESSALUD-2015, que dispone la implementación de manera progresiva la "Ventanilla de Atención al Usuario"
- Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 601-PE-ESSALUD-2015 que modifica el artículo 193° sobre la naturaleza de la Gerencia Red Desconcentrada y aprueba el Modelo de Organizaciones de las Gerencias Desconcentradas de Lima y Callao.



#### 4. ALCANCE

Las disposiciones de la presente directiva son de aplicación obligatoria para las entidades empleadoras, asegurados regulares, agrarios, pesqueros, portuarios, aquellos bajo el régimen de Contrato Administrativo de Servicios-CAS, potestativos, y otros asegurados que se determinen por Ley o Acuerdo de Consejo Directivo; así como los Órganos Centrales y Desconcentrados de EsSalud involucrados en los procesos relacionados con el pago del subsidio por maternidad.

#### 5. RESPONSABILIDAD

Son responsables del cumplimiento de la presente Directiva, los funcionarios y personal de los siguientes órganos centrales:

- Gerencia Central de Seguros y de Prestaciones Económicas
- Gerencia Central de Gestión Financiera
- Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones
- Gerencia Central de Operaciones
- Gerencia Central de Prestaciones de Salud.
- Gerencia o Dirección de Hospital Nacional e Institutos
- Gerencia o Dirección de Red Desconcentrada
- Médicos de Control de las Redes Asistenciales
- Profesionales de la Salud de Redes Asistenciales

#### 6. DISPOSICIONES GENERALES

- 6.1 El pago del subsidio por maternidad es el monto en dinero a que tiene derecho la asegurada titular en actividad durante los noventa y ocho (98) días de goce del descanso por alumbramiento, a fin de resarcir el lucro cesante como consecuencia del mismo. El subsidio se extenderá por treinta (30) días adicionales en los casos de nacimiento múltiple o niños con discapacidad.

No se puede gozar simultáneamente del subsidio por incapacidad temporal y por maternidad, para lo cual debe tener derecho de cobertura y vínculo laboral al momento de la contingencia, durante el período subsidiado y al momento de la concepción. Por excepción a las aseguradas agrarias no se les requiere que cumplan este último requisito.

- 6.2 El subsidio por maternidad se otorga en dinero en dos armadas. En el caso de parto único son iguales y en cada una de ellas se reembolsará un período de 49 días subsidiados. En el caso de parto múltiple la primera armada será de cuarenta y nueve (49) días y la segunda de setenta y nueve (79) días subsidiados.

El subsidio se otorga una vez vencido el período pre-natal y/o post natal, y siempre que la solicitud se presente hasta el plazo máximo de seis (6) meses contados a partir de la fecha en que termina el período máximo post parto o desde que terminó el período de incapacidad. La asegurada o entidad empleadora podrá solicitar el pago total del subsidio en una sola armada, a la finalización del período post natal.

- 6.3 ESSALUD cuenta en sus sistemas de registros con información del derecho de cobertura de sus afiliadas, en los distintos tipos de seguros, por lo que, no requerirá otros documentos a las aseguradas para acreditar su condición.
- 6.4 Igualmente, registra en su Sistema Integrado de Gestión de la Incapacidad Temporal (SIGI) el número de días de descanso médico por maternidad otorgados a las aseguradas, información consignada en los Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT). Este registro será considerado como cumplimiento de requisito válido para la evaluación y pago del subsidio por maternidad.

- 6.5 La remuneración computable para el cálculo del subsidio por maternidad es el definido por el Decreto Legislativo N° 650 y sus modificatorias.

La base de cálculo para los asegurados regulares es su remuneración mensual, excluyendo las remuneraciones adicionales como las gratificaciones por Fiestas Patrias o Navidad u otros conceptos ordinarios legales o convencionales de periodicidad similar a las gratificaciones legales.

Las horas extras, sobretiempos y toda compensación por labor extraordinaria desarrollada fuera de la jornada regular del trabajo, se consideran remuneraciones complementarias y se incluirán en el cálculo de los subsidios sólo si son percibidas regularmente por el trabajador (aun cuando sus montos varíen), cuando menos 6 meses en el período de los 12 meses anteriores al mes de la contingencia. En el caso que cuente con menor número de meses de afiliación se considerará cumplido el requisito de regularidad si las percibe en no menos del 50% de los meses en que ha laborado la trabajadora.

En el caso de los asegurados agrarios dependientes la base de cálculo será su remuneración mensual y en el caso de asegurados agrarios independientes será la remuneración mínima vital.

Para los asegurados pescadores y procesadores artesanales independientes se considerará la remuneración asegurable por la que efectúan sus aportes mensualmente.

Para el caso de las trabajadoras pesqueras - Ley 28320 la base de cálculo será su ingreso económico mensual obtenido por las faenas de pesca. Si tales aseguradas presentan una base imponible mínima mensual de aportación de 4.4 RMV se evaluará la remuneración mensual en base a las boletas de pago de los asegurados solicitantes.

Para las trabajadoras CAS la base de cálculo será su contraprestación mensual percibida, sin que el subsidio calculado en ningún caso exceda la base imponible máxima (BIM) establecida en el Art. 6, literal k) del Decreto Legislativo N° 1057 modificado por la Ley N° 29489; es decir el 30% de la UIT vigente al momento de la contingencia.



6.6 Es obligación de las aseguradas y entidades empleadoras solicitar el monto del subsidio por maternidad en base a los conceptos computables establecidos en el numeral anterior, y las siguientes formas de cálculo por tipo de asegurado:

Nº	Tipo de asegurado	Forma de cálculo
1	Regulares dependientes (excepto trabajadores pescadores ex afiliados a la CBSSP)	Promedio diario de las remuneraciones de los doce últimos meses calendarios inmediatamente anteriores al mes en que se inicia la prestación multiplicado por el número de días de goce del descanso médico.
2	Aseguradas Regulares Pescadoras ex afiliados a la CBSSP	Promedio diario del ingreso económico mensual en los últimos cuatro (04) meses calendarios anteriores al mes en que se inicia la prestación multiplicado por el número de días de goce del descanso médico.
3	Aseguradas CAS	Promedio diario de las contraprestaciones de los últimos doce (12) meses calendarios inmediatamente anteriores al mes en que se inicia la prestación multiplicado por el número de días de goce del descanso médico.
4	Agrarias Dependientes	Promedio diario de la remuneración asegurable por la que se ha pagado aportes en los últimos cuatro (04) meses calendarios anteriores al mes en que se inicia la prestación multiplicado por el número de días de goce del descanso médico.



Si el total de los meses de afiliación es menor al establecido en la forma de cálculo, el promedio se determinará en función al tiempo de afiliación del asegurado.

Cuando la asegurada al momento de la contingencia, tenga simultáneamente relación laboral con más de un empleador, recibirá el subsidio por maternidad por cada entidad empleadora siempre y cuando se encuentre acreditada con cada una de ellas y mantenga vínculo laboral vigente durante el período subsidiado.

En los casos de aseguradas regulares que durante el período de los doce (12) meses anteriores al inicio de la prestación, hayan laborado en una determinada entidad empleadora unos meses bajo el régimen laboral común y en otros bajo el régimen CAS, se realizará el cálculo del subsidio en base al promedio de las remuneraciones y contraprestaciones (con el tope del 30% de la UIT vigente) recibidas en el mencionado período.

Los reintegros remunerativos percibidos dentro de los meses anteriores al mes en que se inicia la contingencia, formaran parte del promedio a calcular solo en lo que corresponda a los meses que conforman el período de evaluación para la determinación del subsidio diario (4 o 12 meses), siempre y cuando la entidad empleadora haya declarado y pagado el aporte correspondiente a los reintegros, antes del mes del inicio de la contingencia.

**Determinado el monto del subsidio promedio diario al inicio del descanso por maternidad, este permanecerá invariable hasta el plazo máximo del subsidio; aun cuando la remuneración de la asegurada regular, agraria o CAS, varíe mientras está incapacitada.**

En caso el subsidio por maternidad reconocido por EsSalud sea menor a lo solicitado por la asegurada o su entidad empleadora, se podrá solicitar el importe no reconocido en la oficina donde presentó la solicitud original de prestaciones económicas, en un plazo que no excederá los quince (15) días hábiles de haberse efectuado el pago de la solicitud a la asegurada o entidad empleadora. Para tal fin, se adjuntará la documentación que sustente el reintegro (solicitud original, hoja de cálculo del subsidio, boletas de pago, contratos, convenios, etc.)

6.7 Es obligación de las aseguradas y entidades empleadoras cumplir lo dispuesto para las siguientes situaciones especiales que se pueden presentar para otorgar el subsidio:

- a) Si una asegurada regular trabajadora en actividad dependiente, inicia su descanso por maternidad durante la purga de una sanción disciplinaria de suspensión sin goce de haber, tiene derecho al subsidio de maternidad, a partir del día siguiente en que termina su sanción disciplinaria, siempre y cuando se encuentre acreditada.
- b) En el caso de las docentes del Sector Educación, cuyas vacaciones son tomadas obligatoriamente al término del año escolar, en los meses de Enero y Febrero, no les corresponde durante este periodo el derecho al subsidio por maternidad debido a que por mandato legal no se puede percibir remuneración (vacacional) y subsidio a la vez.

6.8 La asegurada titular o representante legal de la entidad empleadora para iniciar el proceso de pago directo o pago por reembolso del subsidio por maternidad, debe apersonarse a la Oficina de Aseguramiento, Agencia o Módulo de Seguros, más cercana a su domicilio. Deberá identificarse presentando su documento de identidad (DNI, Carné de Extranjería o Pasaporte) y presentar el Formulario 1010, y Declaración Jurada de Maternidad acompañada de su Anexo "Cálculo del Subsidio por Maternidad" debidamente llenados y firmados por la asegurada y el representante legal o funcionario autorizado de la entidad empleadora, en la Oficina de Aseguramiento, Agencia o Módulo de Seguros, más cercana a su domicilio, el que podrá obtener a través de la página web institucional o en las mencionadas áreas de Seguros. Asimismo precisará en el formulario el período pre natal, post natal o período total, por el cual solicita el subsidio, así como el monto del subsidio solicitado.

6.9 El procedimiento para la validación de la solicitud del pago del subsidio por maternidad se desarrollará de manera automatizada, en base a la información del Sistema de Aseguramiento, en cuanto a la acreditación y derecho de cobertura de la asegurada regular titular en actividad, vínculo laboral a la fecha de contingencia, durante el período subsidiado y período de concepción, remuneraciones percibidas y condición de reembolso de la entidad empleadora; así como información del Sistema Integrado de Gestión de la Incapacidad Temporal, en cuanto al número de días de descanso médico por maternidad otorgados a las aseguradas, información consignada en los Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT).

6.10 En el caso de trabajadoras dependientes de entidades empleadoras, consideradas en condición de reembolso de acuerdo a lo previsto en el Art. 36° del D.S. N° 009-97-SA modificado por el Art. 4° del D.S. 020-2006-TR, se actuará conforme sigue:

- a) Si se trata de solicitudes de pago directo, continuará el trámite, identificando a las entidades empleadoras en condición de reembolso para el proceso de reversión de gastos.
- b) Si se trata de solicitudes de reembolso, se denegará el derecho, emitiéndose la respectiva Resolución Denegatoria, debidamente motivada.

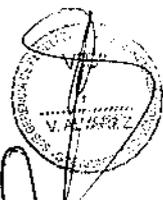
Igualmente, si la entidad empleadora tuviera deudas exigibles con EsSalud, se podrá proceder a la retención de la totalidad o parte del monto a reembolsar a efecto de cancelar las referidas deudas, de acuerdo a la normatividad vigente

6.11 El derecho al subsidio por maternidad se extingue por:

- a) Cese del vínculo laboral.

Igualmente, se pierde por:

- b) Realizar labor remunerada durante el período subsidiado, lo cual se comprueba en base a la información sobre Planillas Electrónicas (PDT 601) que mensualmente presentan las entidades empleadoras a la SUNAT.



En estos casos se procederá a denegar las solicitudes de reembolsos presentadas por las entidades empleadoras y solicitudes de pago directo presentadas por las aseguradas.

**El derecho al subsidio de maternidad es nulo cuando se obtiene fraudulentamente el reconocimiento y pago del subsidio.**

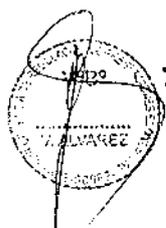
- 6.12 El pago para las solicitudes conformes estará disponible en la(s) entidad(es) bancarias a las 72 horas (3 días hábiles) de aprobada la solicitud de pago directo o reembolso del subsidio por maternidad, a través de los cierres inter-diaros o diarios que efectúa la Gerencia de Prestaciones Económicas.
- 6.13 El pago del subsidio por maternidad se realiza en la(s) entidad(es) bancarias con las cuales ESSALUD tiene convenio. Para hacer efectivo el pago, la beneficiaria del subsidio deberá mostrar su documento de identidad y presentar copia usuario del Formulario 1010 "Formulario Único de Seguros y Prestaciones Económicas".
- 6.14 La Orden de Pago del subsidio por maternidad vencerá en cartera bancaria a los veinte (20) días hábiles de haberse generado la misma.
- 6.15 Las órdenes de pago de maternidad generadas bajo este procedimiento, forman parte del Proceso Centralizado de Prestaciones Económicas que incluye a los subsidios de incapacidad temporal y lactancia y prestación por sepelio, el cual cierra los días Martes, Jueves y Sábado.
- 6.16 El proceso automatizado para el pago del subsidio por maternidad no considera los Casos Especiales consignados en el numeral 8 de la presente Directiva, así como las solicitudes que no cumplan con las condiciones que otorgan el derecho al pago directo o reembolso del subsidio por maternidad.



**7. DISPOSICIONES ESPECIFICAS**

7.1 La Gerencia Central de Tecnología de la Información y Comunicaciones (GCTIC) adecuará los sistemas de información para los siguientes procesos:

- a. Aperturar una ventana emergente en el SAS, para ingresar el DNI de la asegurada regular titular que solicita el subsidio, RUC de la entidad empleadora, condición de docente (si fuera aplicable), número de CITT que sustenta la solicitud, tipo de armada de pago, período a subsidiar, fecha de cese (si correspondiera) e importe en soles del subsidio solicitado, para de manera automatizada:
- Validar en base a la información que proporcione el Sistema de Aseguramiento, la acreditación y derecho de cobertura de la asegurada, el vínculo laboral a la fecha de contingencia, durante el período subsidiado y al momento de la concepción, así como que la solicitud no haya prescrito;
  - Verificar en base a la información que proporcione el Sistema Integrado de Gestión de la Incapacidad Temporal, la validez del CITT que sustenta la solicitud y el número de días de descanso médico por maternidad a subsidiar solicitado por las aseguradas o entidades empleadoras.
  - Determinar el subsidio de maternidad a pagar en base a la información que proporcione el Sistema de Aseguramiento.
  - Determinar la condición de reembolso de la entidad empleadora, en base a la información que proporcione el Sistema de Aseguramiento y en este caso denegar el derecho a las solicitudes de reembolso.



Luego de la validación conforme efectuar el "chequeo" para iniciar el proceso de generación de la Orden de Pago de Maternidad y su incorporación al proceso Centralizado de Subsidios. Proceso que se realizará "on line"

- b. Generar la Trama de Subsidio por Maternidad, en base a la información básica (IB) consignada en la Orden de Pago de Maternidad (OPM), que permitirá obtener de manera automatizada información complementaria (IC) del Sistema de Aseguramiento, relacionada al asegurado a subsidiar, contingencia, período a subsidiar, monto del subsidio a pagar, entidad empleadora, a la cual se aunarà información que el Sistema debe autogenerar (Información Autogenerada (IA))
- c. Incorporar la referida Trama al Sistema Web de Subsidios para el Cierre de acuerdo al cronograma de pago establecido por las áreas competentes y se genere la Data de Prestaciones Económicas para su tratamiento presupuestal, contable y transferencia de fondos de acuerdo a los procedimientos establecidos.

7.2 La Gerencia de Prestaciones Económicas a través de la Sub Gerencia de Regulación de Prestaciones Económicas, es la responsable de validar la Data de Prestaciones Económicas de las Órdenes de Pago de Maternidad generadas por el Proceso Centralizado, que informará a la Gerencia de Contabilidad vía correo electrónico y carta, adjuntando Padrón detallado de las órdenes de pago de maternidad, debidamente suscrito.

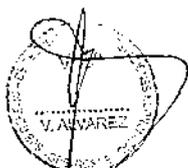
7.3 La Gerencia Central de Gestión Financiera (GCGF) adecuará sus sistemas a los siguientes procesos:

- a. La Gerencia de Prestaciones Económicas solicitará vía correo electrónico a la Gerencia de Presupuesto la habilitación presupuestal proyectada por adelantado para una semana, la misma que será habilitada en SAP a inicios de semana, asimismo la Gerencia de Prestaciones Económicas solicitará a la Gerencia de Presupuesto, de acuerdo al cronograma los montos exactos de cada emisión.
- b. La Gerencia Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones debe colocar al cierre de cada proceso Centralizado, a disposición de la Gerencia de Contabilidad, la Data de Prestaciones Económicas emergente del Proceso Centralizado, en condiciones que permita su ingreso inmediato al SAP.
- c. La Gerencia de Contabilidad con la Data mencionada en el literal anterior, debe realizar el proceso contable que corresponda, luego comunicar vía email a la Gerencia de Tesorería que los subsidios se encuentran contabilizados en SPA, listos para su giro.
- d. La Gerencia de Tesorería, previa conformidad del registro contable por Contabilidad procederá a girar las órdenes de pago; asimismo, previo requerimiento de la Gerencia de Prestaciones Económicas, dispondrá la transferencia de fondos al Banco para el pago de los subsidios por maternidad, según información emergente del Proceso Centralizado.

7.4 Una vez transcurridos veinte (20) días hábiles de emitida las órdenes de pago, la entidad bancaria devolverá a la cuenta bancaria de EsSalud el monto de los subsidios que no fueron cobrados por el asegurado o la entidad empleadora. Con dicha información la Gerencia de Tesorería procederá a anular las órdenes de pago y la Gerencia de Contabilidad procederá a anular las provisiones de pago, y esta última comunicará a la Gerencia de Prestaciones Económicas para la respectiva anulación en su sistema de control.

## 8. DISPOSICIONES PARA CASOS ESPECIALES

Para el trámite de las solicitudes del subsidio por maternidad en los siguientes casos especiales, las interesadas deberán apersonarse a la Oficina de Aseguramiento, Agencia o Módulo de Seguros más cercana a su domicilio, presentando el Formulario 1010 - "Formulario Único de Seguros y Prestaciones Económicas" debidamente documentado, y "Declaración Jurada de Maternidad" acompañada de su Anexo "Cálculo del Subsidio por Maternidad", los mismos que serán evaluados manualmente por las Unidades de Prestaciones Económicas que también verificarán las condiciones y requisitos necesarios para el otorgamiento del subsidio por maternidad.



### 8.1 Aseguradas regulares: trabajadoras pescadoras Ley N° 28320 ex CBSSP

Tienen derecho al subsidio por maternidad las aseguradas titulares pescadoras Ley N° 28320 EX CBSSP, que hayan pagado dos aportaciones mensuales consecutivas o no consecutivas en los seis (06) meses previos al mes en que se inicia el descanso por maternidad, y cuenten con vínculo laboral al momento del inicio de la contingencia y durante el periodo subsidiado, y haber estado afiliadas al tiempo de la concepción, debiendo presentar el Formulario 1010 y "Declaración Jurada de Maternidad" acompañada de su Anexo "Cálculo del Subsidio por Maternidad", debidamente firmados por la entidad empleadora y la asegurada titular .

El subsidio a pagar será el promedio diario del ingreso económico mensual de los últimos 04 meses calendarios anteriores al mes en que se inicia la contingencia multiplicado por el número de días de goce del descanso médico.

### 8.2 Aseguradas agrarias dependientes

Tienen derecho al subsidio por maternidad las aseguradas titulares agrarias dependientes que cuenten con tres (03) aportaciones consecutivas o cuatro (04) no consecutivas dentro de los doce (12) meses calendarios anteriores al mes en que se inicia el descanso médico por maternidad, y tener vínculo laboral al momento de la contingencia y durante el periodo subsidiado, debiendo presentar el Formulario 1010 y "Declaración Jurada de Maternidad" acompañada de su Anexo "Cálculo del Subsidio por Maternidad", debidamente firmados por la entidad empleadora y la asegurada titular.

El subsidio a pagar será el promedio diario de las remuneraciones de los últimos cuatro (04) meses calendarios anteriores al mes en que se inicia el descanso por maternidad multiplicado por el número de días de goce del descanso médico.

### 8.3 Aseguradas agrarias independientes

Tienen derecho al subsidio por maternidad las aseguradas titulares agrarias independientes, que cuenten con tres (03) aportaciones consecutivas o cuatro (04) no consecutivas dentro de los doce (12) meses calendarios anteriores al mes en que se inicia el descanso médico por maternidad, debiendo presentar el Formulario 1010 y "Declaración Jurada de Maternidad" acompañada de su Anexo "Cálculo del Subsidio por Maternidad", debidamente firmados por la asegurada titular.

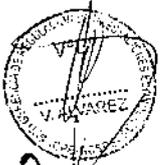
El subsidio a pagar será como máximo el equivalente a la RMV diaria vigente al momento de la contingencia.

### 8.4 Aseguradas trabajadoras pescadoras y procesadoras pesqueras artesanales independientes

Tienen derecho al subsidio por maternidad las aseguradas trabajadoras pescadoras y procesadoras artesanales independientes que hayan pagado tres (03) contribuciones mensuales consecutivas anteriores al mes en que se inicia el descanso médico por maternidad y haber estado afiliadas al tiempo de la concepción, debiendo presentar el Formulario 1010 y "Declaración Jurada de Maternidad" acompañada de su Anexo "Cálculo del Subsidio por Maternidad", debidamente firmados por la asegurada titular.

El subsidio a pagar para las trabajadoras pescadoras independientes será el promedio diario de la remuneración asegurable por la que se ha pagado aportes en los últimos cuatro (04) meses calendarios anteriores al mes en que se inicia la contingencia multiplicado por el número de días de goce del descanso médico.

En caso de aseguradas procesadoras pesqueras artesanales independientes, el promedio diario será como máximo el equivalente a la RMV diaria vigente al momento de la contingencia.



## 8.5 Asegurados Potestativos (Seguros Independientes)

De acuerdo a términos contractuales suscritos con EsSalud, tienen derecho al subsidio por maternidad las aseguradas titulares afiliadas al Plan Ampliado y Plan Completo de los seguros EsSalud Independiente Personal y EsSalud Independiente Familiar, quienes adicionalmente a Formulario 1010, deben cumplir con presentar las siguientes condiciones y requisitos documentarios:

### 8.5.1 Condiciones

- Que la asegurada se encuentre al día en el pago de sus aportaciones al momento del parto.
- Hayan superado el período de espera de diez (10) meses.

### 8.5.2 Requisitos

Los requisitos que debe presentar la asegurada, para solicitar la prestación por maternidad, son los siguientes:

- Formulario 1010 - "Formulario Único de Seguros y Prestaciones Económicas, debidamente llenado y firmado por la asegurada titular.
- En caso que la titular de la prestación haya fallecido, los herederos presentarán la partida de defunción del afiliado fallecido (original) y el documento que los acredite como tales (Testamento o Sucesión Intestada).

### 8.5.3 Monto de la prestación:

La Prestación por Maternidad es de S/. 41.00 por cada gestación.

### 8.5.4 Oportunidad para el pago de la prestación:

La prestación por Maternidad se otorga en dinero, a partir de la fecha de parto y siempre que la solicitud se presente hasta el plazo máximo de seis (06) meses contados a partir de la fecha en que termina el período máximo post parto.

### 8.5.5 Nulidad del derecho a la prestación:

El derecho a la prestación por Maternidad, es Nulo cuando se obtiene fraudulentamente su reconocimiento y pago.

## 8.6 Aseguradas regulares titulares que fallecieron sin cobrar el subsidio (Pago Directo)

Los herederos deberán proceder de la siguiente manera:

- Presentar el Formulario 1010 "Formulario Único de Seguros y Prestaciones Económicas" y "Declaración Jurada de Maternidad" acompañada de su Anexo "Cálculo del Subsidio por Maternidad", debidamente llenados y firmados por el heredero y representante legal de la entidad empleadora, solicitando el subsidio hasta la fecha de fallecimiento de la asegurada titular.
- Registrar la baja por fallecimiento de la asegurada titular en los Sistemas de EsSalud, conforme al procedimiento establecido en el TUPA.
- Presentar documento que los acredite como herederos (Testamento o Sucesión Intestada).

## 8.7 Aseguradas titulares que recibieron el subsidio de su empleador pero fallecieron sin haber firmado la solicitud de reembolso

En este caso, la entidad empleadora deberá proceder de la siguiente manera:

- Presentar el Formulario 1010 y "Declaración Jurada de Maternidad" acompañada de su Anexo "Cálculo del Subsidio por Maternidad", debidamente firmados y sellados por

el representante legal de la entidad empleadora, solicitando el pago del subsidio hasta la fecha de fallecimiento de la asegurada titular.

- Registrar la baja por fallecimiento de la asegurada titular en los Sistemas de EsSalud, conforme al procedimiento establecido en el TUPA.
- Presentar documentos sustentatorios (Cheques, Transferencia a Cuenta Bancaria de asegurada fallecida, Recibos, Liquidación de Beneficios Sociales, y otros similares) que acrediten fehacientemente que cumplió con pagar el subsidio a la asegurada fallecida, familiar directo o persona autorizada por la misma.

### 8.8 Aseguradas dependientes de negocios de personas naturales

La asegurada titular deberá presentar el Formulario 1010 y la Declaración Jurada de Maternidad, debidamente firmados por la asegurada titular y el representante legal de la entidad empleadora.

En los casos de negocios de personas naturales, que se constituyen en una Micro o Pequeña Empresa – MYPE, acogida a la Ley N° 28015, "Ley de Promoción y Formalización de la Micro y Pequeña Empresa" y sus correspondientes modificaciones y normas reglamentarias, se tomarán en cuenta las siguientes consideraciones para evaluar la procedencia del otorgamiento de las prestaciones económicas a sus trabajadoras:

TRABAJADOR	CONSIDERACION
1) Titulares o Conductores de MYPE	Es condición imprescindible que la MYPE haya sido inscrita en el Registro Nacional de la Micro y Pequeña Empresa (REMYPE) con anterioridad al inicio del descanso por maternidad y al tiempo de la concepción. A partir de la fecha de inscripción es válida su afiliación como asegurada titular.
2) Cónyuge de Titulares o Conductores de MYPE	<u>No tiene derecho a ser asegurado(a) titular</u> , por lo establecido en la Segunda Disposición Complementaria del TUO de la Ley de Productividad y Competitividad Laboral D.S. N° 003-97-TR.
3) Parientes consanguíneos hasta el segundo grado de los Titulares o Conductores de MYPE	La precitada norma establece que " <u>en el caso de servicios de los parientes consanguíneos hasta el segundo grado, para el titular o propietario persona natural conduzca o no el negocio personalmente, no genera relación laboral, salvo prueba en contrario</u> "  Por lo que esta presunción de NO LABORALIDAD deberá ser desvirtuada a través de pactos o convenios correspondientes, con lo cual se validará su condición de asegurado titular y tendrá derecho a las prestaciones económicas, siempre y cuando se encuentre acreditado.
4) Resto de trabajadores	Se les evalúa como a cualquier asegurado titular regular

En los casos de negocios de personas naturales, que laboren informalmente sin acogerse a los beneficios de la Ley N° 28015, se tomarán en cuenta las siguientes consideraciones con la finalidad de evaluar la procedencia del otorgamiento de las prestaciones económicas a sus trabajadoras:

TRABAJADOR	CONSIDERACION
1) Titular o Propietario	No tiene derecho a ser asegurado titular.
2) Cónyuge del Titular o Propietario	<u>No tiene derecho a ser asegurado(a) titular</u> , por lo establecido en la Segunda Disposición Complementaria del TUO de la Ley de Productividad y Competitividad Laboral D.S. N° 003-97-TR.

<p>3) Parientes consanguíneos hasta el segundo grado del Titular o Propietario</p>	<p>La precitada norma establece que <u>"en el caso de servicios de los parientes consanguíneos hasta el segundo grado, para el titular o propietario persona natural conduzca o no el negocio personalmente, no genera relación laboral, salvo prueba en contrario"</u></p> <p>Por lo que esta presunción de NO LABORALIDAD deberá ser desvirtuada a través de pactos o convenios correspondientes, con lo cual se validará su condición de asegurado titular y tendrá derecho a las prestaciones económicas, siempre y cuando se encuentre acreditado.</p>
<p>4) Resto de trabajadores</p>	<p>Se les evalúa como a cualquier asegurado titular regular.</p>

Adicionalmente, en el caso de los Titulares o Conductores de empresas unipersonales (personas naturales), acogidas a la Ley N° 28015 "Ley de Promoción y Formalización de la Micro y Pequeña Empresa" para el otorgamiento de las prestaciones económicas, deberán acreditar previamente que adicionalmente a los Titulares o Conductores afiliados cuenten con otro trabajador, como mínimo uno (1), declarado ante EsSalud.

Para la evaluación de estos Casos Especiales, adicionalmente le son aplicables las disposiciones generales consignadas en los numerales 6.5, 6.6, 6.7, 6.11, 6.12, 6.13, 6.14 y 6.15 de la presente Directiva.



## 9. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

### 9.1 Del Control

La Gerencia de Prestaciones Económicas, a través de la Sub Gerencia de Regulación de Prestaciones Económicas, será responsable de realizar los controles necesarios con el propósito de verificar el correcto otorgamiento del subsidio por maternidad, a través de las acciones de control consignadas en el Plan de Auditoría y Fiscalización Posterior de Prestaciones Económicas, que será aprobado a inicios del año, y sus resultados informados a los niveles correspondientes.

### 9.2 De la documentación que respalde el pago de subsidio

La Gerencia de Prestaciones Económicas, a través de las Unidades de Prestaciones Económicas, remitirá a la Gerencia de Tesorería la documentación que respalda el pago en la jurisdicción de las Redes Asistenciales de Lima y Callao; y las Unidades de Prestaciones Económicas de las otras regiones a las Oficinas de Tesorería de las Redes Asistenciales. La remisión de la documentación deberá ser enviada previa a la fecha de pago, de acuerdo al cronograma establecido.



## 10. CONCEPTOS DE REFERENCIA

- a. **Acreditación:** Es el procedimiento de verificación de los requisitos que debe cumplir el afiliado para tener derecho de cobertura.
- b. **Afiliación al tiempo de concepción:** La Ley exige que la asegurada titular tenga vínculo laboral en el mes de la concepción, el mismo que se define como el noveno mes anterior a la fecha probable de parto. Este requisito no es aplicable a las trabajadoras agrarias.
- c. **Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo - CITT:** Documento oficial por el cual se hace constar el tipo de contingencia y la duración del periodo de incapacidad temporal para el trabajo. Se otorga al asegurado acreditado con derecho al mismo, determinado por el tipo de seguro y característica de cobertura que genera subsidio por incapacidad temporal o maternidad. Este documento es expedido obligatoriamente por el profesional de la salud de la Institución y la información del mismo debe estar registrada en la historia clínica del asegurado.

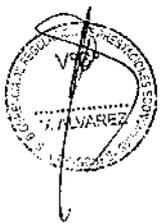
- d. **Devengados:** Son los subsidios por maternidad, que se pagan a los beneficiarios de aseguradas titulares con derecho que fallecieron antes de cobrarlos.
- e. **Información Autogenerada (IA)**  
Información que debe generarse en forma automática, con relación al procesamiento de una solicitud
- f. **Información Básica (IB):** Información mínima del asegurado titular, que se obtiene de la información consignada en el formulario 1010 y "Declaración Jurada de Maternidad" que ha sido ingresada al Sistema de Aseguramiento:
- Tipo y N° documento de identidad del Asegurado titular
  - Período subsidiado
  - Importe solicitado del subsidio
- g. **Información Complementaria (IC):** Información obtenida de manera automatizada de la Base de Datos del Sistema de Aseguramiento (SAS) en base a la Información Básica (IB), con el fin de incorporarla a la Trama de Subsidios.
- h. **Pago directo:** Es el pago del monto de la prestación económica realizada directamente por EsSalud al asegurado o beneficiario.
- i. **Pago con cargo a reembolso:** Es el pago del monto del subsidio por incapacidad temporal y maternidad por parte de la entidad empleadora al asegurado en la misma forma y oportunidad en que percibe sus remuneraciones o ingresos, y que luego es reembolsado por EsSalud al empleador.
- j. **Período de Carenza:** Es el tiempo que debe transcurrir desde el momento de la afiliación para tener derecho de cobertura, según lo establecido por la normatividad que regula cada tipo de asegurado. En el caso de los seguros potestativos según lo establecido en el contrato respectivo.
- k. **Período máximo postparto:** Período de 98 días posteriores al parto. Se extenderá por 30 días calendarios adicionales en caso de parto múltiple.
- l. **Sistema de Aseguramiento (SAS)**  
Sistema automatizado de Aseguramiento en plataforma web, al cual acceden usuarios internos y externo de la Plataforma de Aseguramiento, haciendo uso de las credenciales necesarias (usuario y clave).
- m. **Sistema Integral de Aseguramiento (SIA)**  
Sistema automatizado de Aseguramiento, al cual acceden usuarios internos y externos de la Plataforma de Aseguramiento, haciendo uso de las credenciales necesarias (usuario y clave).
- n. **Trama de Subsidio por Maternidad (TM)**  
Tabla de datos que se genera con la información básica (IB), Información Complementaria (IC) e Información Autogenerada (IA), con el fin de ser incorporada en forma automatizada al Sistema Web de Subsidios.



11. ANEXOS

11.1 PROCEDIMIENTO PE-XXX "PAGO DEL SUBSIDIO POR MATERNIDAD"

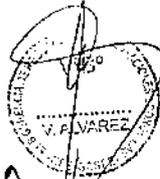
Presentación de Solicitud de Maternidad	
1	<p>1.1 Recibir del administrado, el Formulario 1010 "Formulario Único de Seguros y Prestaciones Económicas" y "Declaración Jurada de Maternidad" acompañada de su Anexo "Cálculo del Subsidio por Maternidad", debidamente llenados y firmados por la asegurada y el representante legal o funcionario autorizado de la entidad empleadora, verificando que ya haya transcurrido el período prenatal o postnatal, por el cual se solicita el subsidio de maternidad.</p> <p>1.2 Accesar al SAS, en el módulo de prestaciones económicas – Maternidad, marcar el tipo de pago (directo o reembolso) ingresar DNI de la asegurada titular, RUC de la entidad empleadora, número de CITT, el periodo de la incapacidad, condición de docente (si es aplicable), fecha de cese (si correspondiera) y el importe solicitado, para validar de manera automatizada en base a la información que proporcione el Sistema de Aseguramiento (SAS): la acreditación, vínculo laboral a la fecha de contingencia, durante el periodo subsidiado y al momento de la concepción, remuneraciones percibidas y condición de reembolso de la entidad empleadora; y en base a la información del Sistema Integrado de Gestión de la Incapacidad Temporal (SIGI): el número de días de descanso médico por maternidad otorgados a la asegurada; procediendo conforme sigue:</p> <p><b><u>SI LA CALIFICACIÓN ES CONFORME</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Efectuar el chequeo para iniciar el proceso de generación de la Orden de Pago de Maternidad, la Trama y su incorporación al proceso Centralizado.</li> <li>b) Consignar en Formulario 1010 el número de expediente y fecha de pago.</li> <li>c) Firmar y Sellar Formulario 1010, devolviendo copia usuario al interesado</li> <li>d) Remitir los formularios 1010 y Declaración Jurada de Maternidad a la Unidad de Prestaciones Económicas para su remisión a la Sub Gerencia de Egresos (en Lima) y áreas de Tesorería (en provincias).</li> </ul> <p><b><u>SI LA CALIFICACIÓN NO ES CONFORME</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>e) Verificar si es por una inadecuada acreditación.</li> <li>f) Actualizar la acreditación</li> <li>g) Si el resultado es conforme proceder según lo indicado en el punto 1.2.a); si la calificación sigue como no conforme proceder como sigue:</li> <li>h) Registrar la solicitud en el SIAD.</li> <li>i) Consignar en el Formulario 1010 el NIT, indicando al administrado los medios con que cuenta para monitorear el estado de su trámite.</li> <li>j) Firmar y Sellar Formulario 1010, devolviendo copia usuario al interesado</li> <li>k) Remitir el formulario 1010 debidamente documentado, y Declaración Jurada de Maternidad, a la Unidad de Prestaciones Económicas para su evaluación manual y generación de Resolución Denegatoria</li> </ul> <p><b>Frecuencia de actividad: Diaria (días hábiles)</b></p>
<p>Personal encargado Oficina de Aseguramiento, Agencia o Módulos de Seguros</p>	
<p><b>Trámite de Solicitudes por Casos Especiales</b></p>	



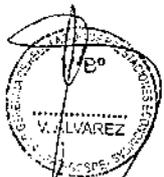
2	<p>2.1 Recibir del administrado, el Formulario 1010 "Formulario Único de Seguros y Prestaciones Económicas", y Declaración Jurada de Maternidad, acompañada del Anexo "Cálculo del Subsidio por Maternidad" debidamente llenados y firmados por el asegurado y el representante legal o funcionario autorizado de la entidad empleadora y documentos señalados en el rubro 8 de la presente Directiva, según corresponda.</p> <p>2.2 Registrar la solicitud en el SIAD.</p> <p>2.3 Consignar en el Formulario 1010 el número de NIT, indicando al administrado los medios con que cuenta para monitorear el estado de su trámite.</p> <p>2.4 Firmar y Sellar el Formulario 1010, devolviendo copia usuario al interesado</p> <p>2.5 Remitir el formulario 1010 debidamente documentado, y Declaración Jurada de Maternidad a la Unidad de Prestaciones Económicas para su evaluación manual; área que de ser conforme el pago procesará la solicitud y la remitirá al área de Tesorería o caso contrario, generará la Resolución Denegatoria.</p> <p><b>Frecuencia de actividad: Diaria (días hábiles)</b></p>	<p>Personal encargado Oficina de Aseguramiento, Agencia o Módulos de Seguros</p>
<p><b>Ejecución del Proceso Centralizado</b></p>		
3	<p>3.1 Ejecutar y monitorear el Proceso Centralizado.</p> <p>3.2 Generar la trama de subsidios en base a la información básica (IB) consignada y la información complementaria (IC) del Sistema de Aseguramiento.</p> <p>3.3 Colocar la Data emergente del proceso Centralizado a disposición de la Sub Gerencia de Regulación de Prestaciones Económicas.</p> <p><b>Frecuencia de actividad: Inter Diaria (días Martes, Jueves y Sábado)</b> <b>Inicio de actividad: 00:00 horas</b></p>	<p>Gerencia Central de Tecnología de la Información y Comunicaciones (GCTIC)</p>
<p><b>Evaluación Manual de Solicitudes</b></p>		
4	<p>4.1 Recibir las solicitudes documentadas referenciadas en los numerales 1.2.e) y 2.5 del presente procedimiento.</p> <p>4.2 Evaluar manualmente las solicitudes recibidas determinando su procedencia o improcedencia.</p> <p><b><u>Si procede el pago:</u></b></p> <p>a) Ingresar la solicitud al Sistema de Subsidios en Web. b) Actualizar el NIT en el SIAD, informando la fecha de pago. c) Proseguir trámite.</p> <p><b><u>Si no procede el pago:</u></b></p> <p>d) Elaborar informe Técnico y remitir al Resolutor para que tramite la Resolución Denegatoria y su posterior entrega al Administrado. e) Actualizar el NIT en el SIAD, informando que se le remitirá la Resolución Denegatoria. f) Proseguir trámite.</p> <p><b>Frecuencia de actividad : Diaria</b> <b>Inicio de actividad: 8:00 a.m.</b></p>	<p>Calificador Unidad de Prestaciones Económicas</p>
<p><b>Conformidad de la Data de Prestaciones Económicas</b></p>		



5	<p>5.1 Recibir la Data de Prestaciones Económicas emergente del Proceso Centralizado.</p> <p>5.2 Validar la Data.</p> <p>5.3 Comunicar a la Gerencia de Contabilidad sobre la validación de la Data.</p> <p>5.4 Requerir al Responsable de Presupuesto, la habilitación presupuestal</p> <p><b>Frecuencia de actividad :</b> Según cronograma anual de pago de subsidios</p> <p><b>Inicio de actividad:</b> 8:00 a.m.</p>	<p>Responsable de Proceso Centralizado;</p> <p>Gerente de Prestaciones Económicas a través -Sub Gerencia de Regulación de Prestaciones Económicas</p>
<b>Habilitación presupuestal</b>		
6	<p>Jefe de División de la Oficina de Control y Seguimiento de la GCSPE solicita la habilitación presupuestal a través de correo electrónico a la Gerencia de Presupuesto (disposición específica 7.3a)</p> <p><b>Frecuencia de actividad:</b> Según cronograma anual de pago de subsidios</p> <p><b>Inicio de actividad:</b> 9:00 a.m.</p>	<p>Responsable de Presupuesto - Gerencia de Prestaciones Económicas</p>
7	<p>Habilitar partida presupuestal, informando a la Responsable de Presupuesto y Responsable de Proceso Centralizado. (disposición específica 7.3a)</p> <p><b>Frecuencia de actividad :</b> Según cronograma anual de pago de subsidios)</p> <p><b>Inicio de actividad:</b> 9:30 a.m.</p>	<p>Sectorista Gerencia de Presupuesto</p>
<b>Registro Contable</b>		
8	<p>8.1 Recibir Data de Prestaciones Económicas colocada a su disposición por la GCTIC</p> <p>8.2 Efectuar el proceso de contabilización de la Data en el SAP</p> <p>8.3 Efectuar las anulaciones de Anexo 2 comunicado por la Gerencia de Prestaciones Económicas</p> <p>8.4 Comunicar vía email a la Gerencia de Tesorería que los subsidios se encuentran contabilizados en SAP, listos para su giro.</p> <p><b>Frecuencia de actividad:</b> Según cronograma anual de pago de subsidios</p> <p><b>Inicio de actividad:</b> 10.00 a.m.</p>	<p>Sectorista Sub Gerencia de Control Contable- Gerencia de Contabilidad</p>
<b>Solicitud de Transferencia de Fondos</b>		
9	<p>Solicitar a la Gerencia de Tesorería la Transferencia de Fondos, mediante carta, la misma que será entregada dos días hábiles antes de la fecha de pago.</p> <p><b>Frecuencia de actividad :</b> Según cronograma anual de pago de subsidios</p>	<p>Gerente de Prestaciones Económicas</p>
<b>Del Giro y Transferencia de Fondos al Banco</b>		
10	<p>Efectuar el giro de las órdenes de pago y realizar Transferencia de Fondos para el pago de las órdenes de pago de la prestación por Maternidad.</p> <p><b>Frecuencia de actividad:</b> Según cronograma anual de pago de subsidios</p> <p><b>Inicio de actividad:</b> 12:00 p.m.</p>	<p>Sub Gerente de Ingresos y Egresos-Gerencia de Tesorería</p>
<b>Pago de la Prestación</b>		
11	<p>11.1 Identificar al Administrado (Asegurado titular o representante legal de la entidad empleadora) que solicito la prestación por Maternidad.</p> <p>11.2 Recibir del Administrado, el Formulario 1010 "Formulario Único de Seguros y Prestaciones Económicas" debidamente firmado por el Asegurado titular y el representante legal de la entidad empleadora</p> <p>11.3 Pagar a la asegurada la Prestación por maternidad.</p> <p><b>Frecuencia de actividad :</b> Diaria</p>	<p>Entidad Bancaria</p>



<b>Manejo de la Información</b>		
12	<p>Recibir de las áreas de Aseguramiento, los formularios 1010 y Declaración Jurada de Maternidad, acompañada del Anexo "Cálculo del Subsidio por Maternidad", presentados por los Asegurados titulares o representantes legales de las entidades empleadoras que solicitaron la prestación por maternidad, para centralizarlos y remitirlos al área de Tesorería antes de la fecha de pago.</p> <p><b>Frecuencia de actividad :</b> Un día antes de la fecha de pago, según cronograma</p>	Jefe Unidad de Prestaciones Económicas
13	<p>Devolver a la cuenta bancaria de EsSalud, trascurridos los 20 días hábiles de emitidos, el monto de las órdenes de pago no cobradas por asegurados titulares o representantes legales de las entidades empleadoras, remitiendo la información correspondiente a la Gerencia de Tesorería.</p> <p><b>Frecuencia de actividad :</b> Diaria</p>	Entidad Bancaria
14	<p>14.1 Recibir de la entidad bancaria, la información de órdenes de pago de maternidad cobradas; así como de la información de órdenes de pago anuladas por vencimiento en cartera.</p> <p>14.2 Anular las órdenes de pago devueltas por el Banco (vencimiento en cartera) y comunicar a la Gerencia de Contabilidad</p> <p><b>Frecuencia de actividad :</b> Según fechas de devolución del banco</p>	Gerencia de Tesorería
15	<p>Verificar y anular el gasto; comunicar a la Gerencia de Prestaciones Económicas</p> <p><b>Frecuencia de actividad:</b> Según fechas de devolución del banco</p>	Gerencia de Contabilidad
<b>Retenciones Judiciales</b>		
16	<p>16.1 Recibir correo de las UPEs solicitando la retención de pago de expedientes, y proceder a verificar si el expediente se encuentra procesado en SIA</p> <p>16.2 Solicitar en este caso a la Sub Gerencia de Egresos vía email el bloqueo de pago y formalizar con carta.</p>	Sub Gerencia de Regulación de Prestaciones Económicas
17	<p>Recibir de la Sub Gerencia de Regulación de Prestaciones Económicas la solicitud de bloqueo y proceder a retener el porcentaje o monto de retención que corresponde a lo estipulado en la Retención Judicial.</p>	Sub Gerencia de Egresos- Gerencia de Tesorería
<b>Retenciones para cobranza coactiva</b>		
18	<p>Remitir a la Gerencia de Control Contributivo y Cobranzas la información (data y reporte) de Reembolsos a otorgar a los Empleadores por los subsidios pagados a sus trabajadores.</p>	Sub Gerencia de Regulación de Prestaciones Económicas
19	<p>Recibir de la Sub Gerencia de Regulación de Prestaciones Económicas dicha información y proceder a efectuar las retenciones a que hubieran lugar.</p>	Gerencia de Control Contributivo y Cobranzas
<b>Control Posterior Automatizado</b>		
20	<p>20.1 Monitorear la ejecución programada del proceso automatizado (autorizado por la Gerencia de Prestaciones Económicas) que verifica con la información actualizada del sistema de aseguramiento (ACREDITA), que las prestaciones de maternidad otorgadas cumplan en su totalidad los siguientes criterios de validación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vínculo laboral del asegurado, a la fecha de contingencia, durante el periodo subsidiado y al momento de la concepción.</li> <li>- Condición de reembolso de las entidades empleadoras a la fecha de contingencia.</li> </ul> <p>20.2 Remitir a la Sub Gerencia de Regulación de Prestaciones Económicas</p>	Gerencia Central de Tecnología de la Información y Comunicaciones (GCTIC)





	los resultados del proceso automatizado, según estructura de datos establecida <b>Frecuencia de actividad : Mensual</b>	
21	Generar las liquidaciones de cobranza para la reversión de gasto y/o recupero de pagos indebidos. <b>Frecuencia de actividad : Mensual</b>	Responsable Proceso Automatizado SGRPE
22	Remitir los registros y liquidaciones de cobranza de pagos directos a asegurados cuyos empleadores se encuentran comprendidos en los supuestos legales previstos en la Ley N° 28791 y D.S. N° 020-2006-TR a la Sub Gerencia de Cobranza No Tributaria, a fin que se cumpla el "proceso de reversión de gastos". <b>Frecuencia de actividad : Diaria</b>	Responsable Proceso Automatizado SGRPE
23	Realizar las acciones que corresponda para lograr el recupero institucional <b>Frecuencia de actividad : Diaria</b>	Sub Gerencia de Cobranza No Tributaria -GCGF-
	En caso de expedientes anulados por vencimiento en cartera, la rehabilitación se realizará previa solicitud del beneficiario, y será rehabilitado para su pago en una nueva emisión.	Gerencia Prestaciones Económicas

## DECLARACIÓN JURADA DE MATERNIDAD

**ASEGURADA:**
**Apellido Paterno**
**Apellido Materno**
**Nombres**
**IDENTIFICADO**
**DNI:**

**CARNET EXTRANJERIA:**

**PASAPORTE:**

**N°**
**DOMICILIADO EN:**
**AV.**

**CALLE:**

**JR.**

**OTROS**

**ENTIDAD EMPLEADORA**
**RUC**
**RAZON SOCIAL**
**DOMICILIADO EN:**
**AV.**

**CALLE**

**JR.**

**OTROS**

**DECLARAMOS BAJO JURAMENTO:**

1. Que la asegurada es Docente SI  NO
2. Que, he recibido de mi empleador  o solicito a ESSALUD  el importe de S/. ----- soles por subsidio de maternidad, calculado según las disposiciones establecidas en los numerales 6.5, 6.6, 6.7 y 6.11 de la Directiva N° ----- -GG-ESSALUD-2016, conforme se detalla en el anexo adjunto "Cálculo del Subsidio" que forma parte de la presente Declaración Jurada.
3. Que la entidad empleadora solicitante es una:

PERSONA	E.I.R.L	MYPE	EMPLEADORA DE HOGAR	P.NATURAL CON NEGOCIO	S.A.C S.A.A. S.C.R.L
NATURAL					
JURIDICA					
N° TRABAJADORES					

Me someto a las verificaciones que disponga EsSalud para corroborar la veracidad del contenido de la presente Declaración Jurada y de comprobarse su falsedad, me sujeto a las consecuencias administrativas y civiles a que hubiere lugar, así como a los alcances de lo establecido en el artículo 411° y el artículo 438° del Código Penal, que prevén pena privativa de libertad de hasta cuatro (4) años, para los que hacen una falsa declaración trasgrediendo la presunción de veracidad, así como para aquellos que cometan falsedad, simulando, suponiendo o alterando la verdad intencionalmente.,

..... / ..... / 201....

**Firma de la Asegurada**
**Firma Y Sello Entidad Empleadora**



**Anexo a la Declaración Jurada de Maternidad  
CALCULO DEL SUBSIDIO POR MATERNIDAD**

ASEGURADA: \_\_\_\_\_ DNI : \_\_\_\_\_  
 PERIODO DEL : \_\_\_\_\_ AL: \_\_\_\_\_ N° DIAS A SUBSIDIAR : \_\_\_\_\_  
 MES INICIO PRESTACION: <sup>1</sup> \_\_\_\_\_

N°	MES/AÑO <sup>2</sup>	CONCEPTOS REMUNERATIVOS ACEPTADOS PARA EL CALCULO DEL SUBSIDIO <sup>3</sup>							TOTAL REMUNERACIONES
		H.BASICO	ASIG.FAM.						
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
TOTALES									

**CALCULO DEL SUBSIDIO SOLICITADO :**

TOTAL REMUNERACIONES	S/.	=	SUBSIDIO DIARIO	x	N° DIAS A SUBSIDIAR	=	SUBSIDIO SOLICITADO <sup>5</sup>
NUMERO DE DIAS <sup>4</sup>			S/.				S/.

**OBSERVACIONES:**

- 1 = Consignar el mes en que se inicia el descanso por maternidad
- 2 = Registrar los 12 meses anteriores al mes de inicio de la prestación
- 3 = Detalle de las 12 Remuneraciones anteriores al mes de inicio de la prestación, reconocidos por EsSalud para el pago del subsidio conforme a las disposiciones establecidas en los numerales 6.5, 6.6, 6.7 y 6.11 de la DIRECTIVA XXX GG-ESSALUD-16 (incluye los importes declarados con S/. 0.00)
- 4 = N° de meses que la asegurada fue declarada por su E.E. en el período de los 12 meses (aún sea con importe S/. 0 (cero) multiplicado por 30 días
- 5 = Es el monto que se obtiene de multiplicar el subsidio diario por el número de días a subsidiar (No incluye céntimos)

..... / ..... / 201....

\_\_\_\_\_  
 Firma de la Asegurada

\_\_\_\_\_  
 Firma Y Sello Entidad Empleadora

V° B°  
 DIRECCION GENERAL DE PRESTACIONES SOCIALES  
 ROBERTO ALVAREZ  
 GERENTE GENERAL  
 ESSALUD

Lima, 19 de enero del 2016

**VISTOS:**

La Carta N° 2392-GCSPE-ESSALUD-2015 y el Informe de la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas; la Carta N° 727-GCTIC-ESSALUD-2015 de la Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones; la Carta N° 3274-GCGF-ESSALUD-2015 de la Gerencia Central de Gestión Financiera; la Carta N° 106-GCAJ-ESSALUD-2016 y el Informe N° 016-GNAAGCAJ-ESSALUD-2016 de la Gerencia Central de Asesoría Jurídica; y;

**CONSIDERANDO:**

Que, conforme a lo establecido en el numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, ESSALUD tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que correspondan al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, el literal d) del artículo 9° de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, establece que las prestaciones del Seguro Social de Salud son determinadas en los reglamentos, en función del tipo de afiliación, pudiendo comprender, prestaciones por sepelio; además, señala que las prestaciones son brindadas mediante los servicios de ESSALUD o de otras entidades, y que los reglamentos establecen los requisitos, condiciones y procedimientos pertinentes;

Que, el artículo 18° del Reglamento de la Ley N° 26790, aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA, establece que la prestación por sepelio, cubre los servicios funerarios por la muerte del asegurado regular, sea activo o pensionista, de acuerdo a las normas que fija el ESSALUD;

Que, asimismo, en el artículo 23° del precitado Reglamento se establece que el derecho a reclamar las prestaciones económicas, establecidas en el artículo 14° del mismo, prescribe a los seis meses contados desde la fecha en que cesó el período de incapacidad o el período máximo posparto. En el caso de prestaciones por sepelio el período de prescripción se cuenta a partir de la fecha de fallecimiento;

Que, mediante el numeral 1.1 del artículo 1° de la Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado, se declaró al Estado peruano en proceso de modernización en sus diferentes instancias, dependencias, entidades, organizaciones y procedimientos, con la finalidad de mejorar la gestión pública y construir un Estado democrático, descentralizado y al servicio del ciudadano; y mediante su artículo 4° establece que el proceso de modernización de la gestión del Estado tiene como finalidad fundamental la obtención de mayores niveles de eficiencia del aparato estatal, de manera que se logre una mejor atención a la ciudadanía, priorizando y optimizando el uso de los recursos públicos;

Que, mediante Acuerdo de Consejo Directivo N° 58-14-ESSALUD-2011 se aprobó el "Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas", en cuyo literal f) de su artículo 1° se señala que la Prestación por Sepelio: *"Es el monto en dinero que se otorga a la persona que acredite haber efectuado los gastos de los servicios funerarios, por la muerte de un asegurado regular titular, sea activo o pensionista"*;

Que, en el artículo 13° del citado Reglamento se establece que para el pago de las prestaciones económicas directamente por ESSALUD, entre las que se encuentra la prestación por sepelio, se deberá presentar una solicitud de Prestaciones Económicas y demás documentación complementaria en la forma, plazo y condiciones que establezca la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas y que apruebe la Gerencia General; además, se señala que en el caso de prestaciones por sepelio, el beneficiario podrá presentar las solicitudes hasta el plazo máximo de seis meses contados a partir de la fecha de fallecimiento;



Que, en el numeral 2 del Acuerdo de Consejo Directivo N° 58-14-ESSALUD-2011 se faculta al Gerente General a dictar las normas y procedimientos que permitan dar cumplimiento a dicho Acuerdo;



Que, en ese sentido, mediante Resolución de Gerencia General N° 619-GG-ESSALUD-2012 se aprobó la Directiva N° 08-GG-ESSALUD-2012, "Normas Complementarias al Reglamento de Prestaciones Económicas", estableciendo en su numeral 7.1.4 los requisitos para solicitar la prestación por sepelio, en su numeral 8.4 las disposiciones sobre prestación por sepelio; y, en su numeral 12.5 las disposiciones relativas a la prestación por Sepelio (asegurados potestativos);



Que, por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015 se aprobó el Texto Actualizado y concordado del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud – ESSALUD, en cuyo literal h) de su artículo 139° se establece que la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas tiene por función elaborar y evaluar las normas y procedimientos para el otorgamiento, evaluación y auditoría de las prestaciones económicas a los asegurados, determinar y proponer el presupuesto para dicha prestaciones, así como ejecutar acciones de auditoría y fiscalización posterior y disponer las medidas correctivas;

Que, en ese sentido, mediante Carta N° 2392-GCSPE-ESSALUD-2015 la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas manifiesta que el citado documento responde a la necesidad de simplificar el procedimiento de otorgamiento de la prestación por sepelio, con el fin de pagarla oportunamente y cumplir efectivamente con lo señalado en el artículo 18° del Decreto Supremo N° 009-97-SA, toda vez que actualmente el 96% de las prestaciones que se otorgan se pagan después de 15 días contados desde el fallecimiento del asegurado titular;



Que, además, señala que la propuesta en mención ha sido elaborado conforme a sus competencias, y cuya emisión obedece a la Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado; la misma que guarda concordancia con la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA; y con el Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas, aprobado por Acuerdo de Consejo Directivo N° 58-14-ESSALUD-2011, por lo que su formulación se encuentra conforme a la normativa vigente;

Que, de igual manera, señala que en la propuesta remitida se ha considerado los aportes y sugerencias de las Gerencias Centrales de Gestión Financiera y Tecnologías de Información y Comunicaciones con Cartas Nros. 727-GCTIC-ESSALUD-2015 y 3274-GCGF-ESSALUD-2015, respectivamente, en cumplimiento de la Directiva N° 013-GG-ESSALUD-2013;

Que, con Carta N° 106-GCAJ-ESSALUD-2016 e Informe N° 016-GNAJ-GCAJ-ESSALUD-2016 la Gerencia Central de Asesoría Jurídica emitió opinión señalando que el proyecto de



Directiva "Pago de Prestación por Sepelio", constituye un instrumento de índole técnico cuya elaboración estuvo a cargo de la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas, conforme a sus competencias, cuyo objetivo guarda concordancia con la Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado; y la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA; y acorde con los fines de la Entidad establecidos en el numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley N° 27056, en lo referido al otorgamiento de cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, y en el marco del Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas, aprobado por Acuerdo de Consejo Directivo N° 58-14-ESSALUD-2011;

Que, en tal sentido, resulta viable contar con un documento técnico normativo actualizado que permita establecer un proceso automatizado para otorgar la prestación por sepelio de manera sencilla y oportuna;

Que, de acuerdo a lo establecido en el literal b) del artículo 9° de la Ley N° 27056, el Gerente General es competente para dirigir el funcionamiento de la Institución, emitir las directivas y los procedimientos internos necesarios, en concordancia con las políticas, lineamientos y demás disposiciones del Consejo Directivo y del Presidente Ejecutivo;

Con las visaciones de la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas, la Gerencia Central de Gestión Financiera, la Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones y la Gerencia Central de Asesoría Jurídica, y;

Estando a lo expuesto y en uso de las facultades conferidas;

### SE RESUELVE:

1. **APROBAR** la Directiva N° 01 -GG-ESSALUD-2016, "Pago de Prestación por Sepelio", que en anexo adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.
2. **DISPONER** que la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas, la Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones y la Gerencia Central de Gestión Financiera, realicen las acciones necesarias en el ámbito de su competencia para la implementación de Directiva aprobada por la presente Resolución.
3. **FACULTAR** a la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas a emitir las normas complementarias necesarias para la aplicación de la Directiva aprobada.
4. **DISPONER** que la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas realice las coordinaciones necesarias con la Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo para la incorporación del procedimiento establecido en la Directiva aprobada con la presente Resolución en el Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA) de ESSALUD.
5. **DEJAR SIN EFECTO** los numerales 7.1.4 referido a los Requisitos para solicitar la prestación por sepelio, 8.4 Disposiciones sobre prestación por sepelio y 12.5 Disposiciones relativas a la prestación por Sepelio (asegurados potestativos) de la Directiva N° 08-GG-ESSALUD-2012, "Normas Complementarias al Reglamento de Prestaciones Económicas", aprobada por Resolución de Gerencia General N° 619-GG-ESSALUD-2012, así como toda disposición que contravenga el contenido de la Directiva que se aprueba por la presente Resolución. [\(Ver resolución\)](#)

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE



ECO. MIGUEL LA ROSA PAREDES  
GERENTE GENERAL  
ESSALUD

www.essalud.gob.pe

Av. Domingo Cueto N° 120  
Jesús María  
Lima 11 - Perú  
T.: 265-6000 / 265-7000



---

# **DIRECTIVA N° 01-GG-ESSALUD-2016**

## **“PAGO DE PRESTACION POR SEPELIO”**

---

Aprobada por Resolución de Gerencia General  
N° 062-GG-ESSALUD-2016

**GERENCIA CENTRAL DE SEGUROS Y PRESTACIONES  
ECONÓMICAS**

---

**DIRECTIVA N° 01-GG-ESSALUD-2016**

**“PAGO DE PRESTACION POR SEPELIO”**

---

Aprobada por Resolución de Gerencia General  
N° 062 -GG-ESSALUD-2016

**GERENCIA CENTRAL DE SEGUROS Y PRESTACIONES  
ECONÓMICAS**

**GERENCIA DE PRESTACIONES ECONÓMICAS**

**SUBGERENCIA DE REGULACIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS**

**PAGO DE PRESTACIÓN POR SEPELIO****ÍNDICE**

<b>I.</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>3</b>
<b>II.</b>	<b>FINALIDAD</b>	<b>3</b>
<b>III.</b>	<b>BASE LEGAL</b>	<b>3</b>
<b>IV.</b>	<b>ÁMBITO DE APLICACIÓN</b>	<b>4</b>
<b>V.</b>	<b>RESPONSABILIDAD</b>	<b>4</b>
<b>VI.</b>	<b>DISPOSICIONES</b>	
	<b>6.1 DISPOSICIONES GENERALES</b>	<b>4</b>
	<b>6.2 DISPOSICIONES ESPECÍFICAS</b>	<b>6</b>
	<b>6.3 CASOS ESPECIALES</b>	<b>6</b>
	<b>6.4 DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS</b>	<b>9</b>
<b>VII</b>	<b>TÉRMINOS DE REFERENCIA</b>	<b>9</b>
<b>VIII</b>	<b>ANEXOS</b>	
	<b>Anexo N° 1: PROCEDIMIENTO PE-XXX “PAGO DE PRESTACIÓN POR SEPELIO”</b>	<b>10</b>
	<b>Anexo N° 2: DECLARACIÓN JURADA</b>	<b>15</b>

**DIRECTIVA DE GERENCIA GENERAL N° 01 -GG-ESSALUD-2016****“PAGO DE PRESTACIÓN POR SEPELIO”****I. OBJETIVO:**

Establecer normas, criterios y procedimientos que regulen el pago de la prestación por sepelio, a través de un proceso automatizado, que permita brindar la prestación de manera oportuna.

**II. FINALIDAD**

Estandarizar, los criterios metodológicos para el procedimiento e la prestación por sepelio, en concordancia con los principios de celeridad y eficacia del procedimiento administrativo.

**III. BASE LEGAL**

- a) Ley N° 26790 - Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y sus modificatorias.
- b) Reglamento de la Ley N° 26790, aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA y sus modificatorias.
- c) Ley N° 27056 Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD).
- d) Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General
- e) Ley N 27658 – Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado
- f) Ley N° 27785 – Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República
- g) Decreto Supremo N° 030-2002-PCM (Reglamento de la Ley N° 27658)
- h) Decreto Supremo N° 096-2007-PCM, que regula la fiscalización posterior aleatoria de los procedimientos administrativos por parte de las entidades de la administración pública.
- i) Decreto Legislativo N° 1172, que establece medidas para cautelar el cumplimiento de las normas a la seguridad social en salud y la obligación de informar del trabajador
- j) Decreto Supremo N° 066-2011-PCM, que aprueba el “Plan de Desarrollo de la Sociedad de Información en el Perú. La agenda digital Peruana 2.0”
- k) Decreto Supremo N° 010-2010-TR, que aprueba el Texto Único de Procedimientos Administrativos de EsSalud.
- l) Directiva N° 14-GG-ESSALUD-2009 “Normas y lineamientos para ejecutar la Fiscalización Posterior en los procedimientos administrativos sujetos a aprobación automática o a aprobación previa previstos en el TUPA-ESSALUD”, aprobado por Resolución de Gerencia General N° 1236- GG-ESSALUD-2009.
- m) Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 656-PE-ESSALUD-2014 que aprueba la nueva Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones de ESSALUD.
- n) Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 222-PE-ESSALUD-2015 que modifica la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones de ESSALUD, aprobado mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 656-PE-ESSALUD-2014.
- o) Decreto Supremo N° 015-98-PCM “Reglamento de Inscripción del Registro Nacional de Identificación y Estado Civil”.
- p) Código Civil del Perú, vigente desde el 14 de noviembre de 1984
- q) Ley N° 26298 – Ley de Cementerio y Servicios Funerarios y su Reglamento
- r) Acuerdo de Consejo Directivo N° 58-14-ESSALUD-2011, que aprueba el Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas.
- s) Resolución de Gerencia General N° 1261-GG-EsSalud-2013, que aprueba la Directiva N° 013-GG-ESSALUD- 2013 "Normas para la Formulación, Aprobación y Actualización de Directivas en EsSalud".



- t) Directiva N° 08-GG-ESSALUD-2012 "Normas Complementarias al Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas" aprobada por Resolución de Gerencia General N° 619-GG-ESSALUD-2012.
- u) Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015 de fecha 31.DIC.15 que aprueba el Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones de EsSalud.

#### IV. AMBITO DE APLICACIÓN

Las disposiciones de la presente Directiva son de aplicación obligatoria para los Órganos Centrales y Órganos Desconcentrados (Gerencias de Redes Desconcentradas/ Redes Asistenciales) de EsSalud, involucrados en los procesos relacionados con el pago de la prestación por sepelio.

#### V. RESPONSABILIDAD

Son responsables del cumplimiento de la presente Directiva los funcionarios y personal de los siguientes órganos centrales y desconcentrados:

- a) Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas.
- b) Gerencia Central de Gestión Financiera.
- c) Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones.
- d) Gerencia Central de Prestaciones de Salud
- e) Gerencia o Dirección de Red Desconcentrada/ Redes Asistenciales.

El incumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente Directiva por parte de los funcionarios y del personal incurso, constituye falta de carácter disciplinario y es sancionado según normatividad legal y/o institucional vigente.

#### VI. DISPOSICIONES

##### 6.1 DISPOSICIONES GENERALES

- 6.1.1 El pago de prestación por sepelio es el monto en dinero que otorga ESSALUD hasta el máximo de S/. 2,070.00 (dos mil setenta y 00/100 soles), a la persona (Beneficiario) que realiza los gastos de los servicios funerarios por la muerte de un asegurado regular titular, sea activo o pensionista, acreditados por el Comprobante de Pago (nicho perpetuo o sepultura o cremación o ataúd), y una Declaración Jurada por otros servicios funerarios adquiridos (ataúd, capilla ardiente, carroza, coche de flores, trámites y/o preparación de cadáver), de corresponder.

Para otorgar este pago al beneficiario, el asegurado(a) titular debe tener derecho de cobertura y vínculo laboral (trabajador dependiente) o condición de pensionista al momento de su fallecimiento, estar registrada su baja por fallecimiento en el Sistema de Aseguramiento (SAS) institucional, y presentar la solicitud antes del vencimiento del plazo de prescripción.

- 6.1.2 **ESSALUD** cuenta en sus sistemas de registros con información del derecho de cobertura de sus afiliados, en los distintos tipos de seguros, por lo que, no requerirá a los beneficiarios acreditar la condición de los asegurados.
- 6.1.3 Igualmente, registra en su Sistema SAS la baja del asegurado titular, bajo las condiciones que determina la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas. Este registro de baja será considerado como cumplimiento de requisito válido para el pago de la prestación por sepelio.

6.1.4 El Beneficiario para iniciar el proceso de pago de prestación por sepelio, deberá identificarse presentando su documento de identidad (DNI o Carné de Extranjería) y presentar el Formulario 1010 "Formulario Único de Seguros y Prestaciones Económicas", debidamente llenado y firmado por el Beneficiario, acompañado del comprobante de pago y declaración jurada de sepelio, de corresponder, en la Oficina de Aseguramiento, Agencia o Módulo de Seguros, más cercana a su domicilio, el que podrá obtener a través de la página web institucional o en las mencionadas áreas de Seguros.

6.1.5 El procedimiento para la validación de la solicitud del pago de prestación por sepelio se desarrollará de manera automatizada, en base a la información del Sistema de Aseguramiento, en cuanto a la acreditación y derecho de cobertura del asegurado regular titular fallecido, vínculo laboral (trabajador dependiente) o condición de pensionista al momento de su fallecimiento, baja por fallecimiento del asegurado titular fallecido en los registros de EsSalud y condición de reembolso de la entidad empleadora; así como la verificación de que la solicitud se presente antes del vencimiento del plazo de prescripción.

Quando la SUNAT aún no haya remitido información de la Declaración Mensual de trabajadores y pensionistas asegurados, el sistema efectuará una calificación contingencial, que dará por válido el vínculo laboral (trabajador dependiente) o condición de pensionista, existente a la fecha de fallecimiento aplicando el principio de presunción de veracidad, sujeto al proceso de Fiscalización Posterior.

6.1.6 El pago estará disponible en la(s) entidad(es) bancarias a las 72 horas hábiles computadas desde el día siguiente de haber recibido ESSALUD la solicitud de pago de prestación por sepelio.

6.1.7 El pago de prestación por sepelio se realiza en la(s) entidad(es) bancaria(s) con las cuales ESSALUD tiene convenio. Para hacer efectivo el pago, el beneficiario de prestación por sepelio, deberá mostrar su documento de identidad y presentar copia usuario del Formulario 1010 "Formulario Único de Seguros y Prestaciones Económicas"

6.1.8 El plazo para solicitar el pago de prestación por sepelio, es de seis (06) meses contados desde la fecha de fallecimiento del asegurado titular.

6.1.9 La prestación por sepelio no será solicitada ni otorgada cuando se trate de gastos por sepelio de asegurado obligatorio del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR) fallecido por accidente de trabajo o enfermedad profesional, o cuando dichos gastos hayan sido cubiertos por organizaciones, empresas o instituciones públicas o privadas, en cumplimiento de sus estatutos, reglamentos, contratos y normas internas, o en contraprestación a los aportes que el asegurado hiciera en vida.

6.1.10 La Orden de Pago de prestación por sepelio vencerá en cartera bancaria a los veinte (20) días hábiles de haberse generado la misma.

6.1.11 Las órdenes de pago de prestación por sepelio generadas bajo este procedimiento, forman parte del Proceso Centralizado de Prestaciones Económicas que incluye a los subsidios de incapacidad temporal, maternidad y lactancia. Proceso que cerrará los días Martes, Jueves y Sábado.

6.1.12 El proceso automatizado para el pago de prestación por sepelio no considera los Casos Especiales consignados en el numeral 6.3 de la presente Directiva.



## 6.2 DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.2.1 La Gerencia Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (GCTIC) es responsable de desarrollar un Aplicativo que permita la ejecución del procedimiento automatizado de pago prestación por sepelio establecido en la presente Directiva.

6.2.2 La Gerencia de Prestaciones Económicas a través de la Sub Gerencia de Regulación de Prestaciones Económicas, es la responsable de validar la Data de Prestaciones Económicas de las Órdenes de Pago de prestación por sepelio generadas por el Proceso Centralizado, que informará a la Gerencia de Contabilidad vía correo electrónico y carta, adjuntando resumen bruto y neto de las órdenes de pago de prestación por Sepelio, debidamente suscrito, así como el total de expedientes a procesar.



6.2.3 La Gerencia Central de Gestión Financiera (GCGF) adecuará sus sistemas a los siguientes procesos:

- a. La Gerencia de Prestaciones Económicas solicitará vía correo electrónico a la Gerencia de Presupuesto la habilitación presupuestal proyectada por adelantado para una semana, la misma que será habilitada en SAP a inicios de semana, asimismo la Gerencia de Prestaciones Económicas solicitará a la Gerencia de Presupuesto, de acuerdo al cronograma de pago, los montos exactos de cada emisión.
- b. La Gerencia Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones debe colocar al cierre de cada proceso Centralizado, a disposición de la Gerencia de Contabilidad, la Data de Prestaciones Económicas emergente del Proceso Centralizado, en condiciones que permita su ingreso inmediato al SAP.
- c. La Gerencia de Contabilidad con la Data mencionada en el literal anterior, debe realizar el proceso contable que corresponda, con la referida data y remitirla a la Gerencia de Tesorería.
- d. La Gerencia de Tesorería, previa conformidad del registro contable por Contabilidad procederá a girar las órdenes de pago; asimismo, previo requerimiento de la Gerencia de Prestaciones Económicas, dispondrá la transferencia de fondos al Banco para el pago de prestaciones por sepelio, según información emergente del Proceso Centralizado.



6.2.4 Una vez transcurridos 20 (veinte) días hábiles de emitida las órdenes de pago, la entidad bancaria devolverá a la cuenta bancaria de EsSalud el monto de los subsidios que no fueron cobrados por el beneficiario. Con dicha información la Gerencia de Tesorería procederá a anular las órdenes de pago y la Gerencia de Contabilidad procederá a anular las provisiones de pago, y esta última comunicará a la Gerencia de Prestaciones Económicas para la respectiva anulación en su sistema de control.



## 6.3 DISPOSICIONES PARA CASOS ESPECIALES

Para el trámite de las solicitudes de prestación por sepelio en los siguientes casos especiales, los interesados deberán apersonarse a la Oficina de Aseguramiento, Agencia o Módulo de Seguros más cercana a su domicilio, presentando el Formulario 1010 "Formulario Único de Seguros y Prestaciones Económicas" debidamente documentado, el mismo que será evaluado manualmente por las Unidades de

Prestaciones Económicas que también verificarán las condiciones necesarias para el otorgamiento de prestación por sepelio. Como condición previa el beneficiario o familiar deberá realizar ante EsSalud el registro de baja por fallecimiento del asegurado titular.

### 6.3.1 Asegurados agrarios independientes

Tienen derecho a prestación por sepelio los asegurados titulares agrarios independientes, que se encuentren acreditados a la fecha de su fallecimiento, cuyos beneficiarios presentarán y firmarán el formulario 1010.

El monto de prestación por sepelio es hasta S/. 2,070.00 y se otorga al Beneficiario

### 6.3.2 Asegurados Potestativos (Seguros independientes)

De acuerdo a términos contractuales suscritos con EsSalud, tienen derecho a prestación por sepelio, los asegurados titulares de los seguros EsSalud Independiente EsSalud Independiente Personal, EsSalud Independiente Familiar y Seguro Potestativo Plan Protección Total, quienes deben cumplir con presentar las siguientes condiciones y requisitos documentarios: :

#### 6.3.2.1 Condiciones

- a) Que el asegurado se encuentre al día en el pago de sus aportes a la fecha del deceso.
- b) Que la causa del fallecimiento se encuentre cubierta por el plan de salud contratado, teniendo presente sus respectivas exclusiones.
- c) Que el fallecimiento haya ocurrido en la vigencia del contrato y cumplidos los períodos de carencia y espera de ser el caso, salvo que se trate de muerte accidental.

#### 6.3.2.2 Períodos de carencia o espera

Según el tipo de seguro contratado son los siguientes:

Corr.	Tipo de Seguro	Período de carencia o espera
1	EsSalud Independiente	No está sujeto a período de carencia o espera.
2	EsSalud Independiente Personal y Familiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Período de carencia de tres meses.</li> <li>• Período de espera de hasta 3 años, según el fallecimiento haya sido causado por parto, cirugías electivas, enfermedades oncológicas, diálisis, transplante renal, SIDA y todas las enfermedades relacionadas con el VIH – SIDA.</li> </ul> En caso de muerte accidental no se aplica período de carencia o espera.
3	Seguro Potestativo Plan Protección Total	No está sujeto a período de carencia o espera.

Los períodos de carencia o espera no se aplicarán, o se computarán en forma continuada, en los casos previstos en el contrato de afiliación.



### 6.3.2.3 Requisitos

Los requisitos que debe presentar el Beneficiario, para solicitar prestación por sepelio, son los siguientes:

- Formulario 1010 "Formulario Único de Seguros y Prestaciones Económicas", debidamente llenado y firmado por el Beneficiario
- Comprobante de Pago original, por los gastos de nicho perpetuo o sepultura o cremación o ataúd del asegurado fallecido, emitidos a nombre del beneficiario (entregar los ejemplares usuario y SUNAT).
- Declaración Jurada por los demás gastos, hasta el tope de la prestación.
- Certificado de defunción (copia simple)
- Mostrar original del registro de afiliación.

### 6.3.2.4 Monto de prestación por sepelio:

El monto de prestación por sepelio es de hasta S/. 2,070.00 para los seguros EsSalud Independiente y Seguro Potestativo Plan Protección Total; y de hasta S/. 800.00 para los seguros EsSalud Independiente Personal y EsSalud Independiente Familiar.

### 6.3.2.5 Oportunidad para el pago de prestación:

El pago de prestación por sepelio se solicita hasta el plazo máximo de seis meses contados a partir de la fecha de fallecimiento del asegurado.

### 6.3.3 Asegurado fallecido por accidente de trabajo o enfermedad profesional

El beneficiario para el cobro de prestación por sepelio de hasta S/. 2,070.00 deberá presentar Declaración Jurada firmada y sellada por el representante legal de la entidad empleadora que certifique que el asegurado no estaba obligado a estar afiliado al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.

### 6.3.4 Asegurado fallecido por muerte súbita y/o violenta

El beneficiario para el cobro de prestación por sepelio de hasta S/. 2,070.00 deberá presentar Parte Policial o informe de autoridad competente (original), acompañado del Certificado de Necropsia (copia), con las excepciones que señala la Ley N° 26715.

### 6.3.5 Asegurado fallecido en el extranjero

El Comprobante de Pago y/o Certificado de Defunción deben estar debidamente traducidos y con firmas legalizadas por el Ministerio de Relaciones Exteriores, con excepción de aquellos documentos que fueron legalizados en el país de origen por aplicación de los alcances del Decreto Supremo N° 086-2009-RE referente al "Convenio suprimiendo la exigencia de legalización de los documentos públicos extranjeros"

El monto de prestación por sepelio es de hasta S/. 2,070.00.



### 6.3.6 Beneficiario fallecido (excepto asegurados potestativos)

Los herederos presentarán la partida de defunción del beneficiario fallecido (original) y el documento que los acredite como tales (Testamento o Sucesión Intestada), así como el poder, por documento público o privado con firma legalizada notarialmente, que otorgan a uno de los beneficiarios para que a nombre de los demás herederos pueda solicitar la prestación por sepelio devengada y no cobrada, utilizando las clases de poderes establecidas por el Reglamento de la Ley Notarial.

El monto de prestación por sepelio es de hasta S/. 2,070.00

## 6.4 DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

### 6.4.1 Del Control



La Gerencia de Prestaciones Económicas, a través de la Sub Gerencia de Regulación de Prestaciones Económicas, será responsable de realizar los controles necesarios con el propósito de verificar el correcto otorgamiento de prestación por sepelio, a través de las acciones de control consignadas en el Plan de Auditoría y Fiscalización Posterior de Prestaciones Económicas. Este Plan deberá ser aprobado a inicios de cada año y a través del enfoque de riesgo, auditar aquellas prestaciones que cumplan los criterios mayores de riesgo.

### 6.4.2 De la documentación que respalde el pago de la prestación.



La Gerencia de Prestaciones Económicas, a través de las Unidades de Prestaciones Económicas, remitirá a la Gerencia de Tesorería la documentación que respalda el pago en la jurisdicción de las Redes Asistenciales de Lima y Callao; y las Unidades de Prestaciones Económicas de las otras regiones a las Oficinas de Tesorería de las Redes Asistenciales. La remisión de la documentación deberá ser enviada previa a la fecha de pago, de acuerdo al cronograma establecido.

### 6.4.3 De la facultad para resolver aspectos no contemplados



La Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas, dentro del ámbito de su competencia y de acuerdo a lo dispuesto en el Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas" aprobado por Acuerdo de Consejo Directivo N° 58-14-ESSALUD-2011, se encuentra facultada para resolver los aspectos no contemplados en la presente Directiva.

## VII. CONCEPTOS DE REFERENCIA

### a. Acreditación:

Es el procedimiento de verificación de los requisitos que debe cumplir el afiliado para tener derecho de cobertura.

### b. Acta de Defunción:

Es el documento público emitido por la RENIEC, reconociendo legalmente la muerte de una persona.

### c. Beneficiario:

Persona que realiza los gastos de los servicios funerarios por la muerte de un asegurado regular titular, sea activo o pensionista, acreditados por el Comprobante de Pago del nicho perpetuo o sepultura o cremación o ataúd, y una Declaración Jurada por los demás gastos.



- d. Certificado de Defunción:**  
Es el documento que certifica la desaparición permanente de todo signo de vida, emitido por un profesional de la salud.
- e. Información Autogenerada (IA)**  
Información que debe generarse en forma automática, con relación al procesamiento de una solicitud
- f. Información Básica (IB)**  
Información mínima del asegurado titular, que se obtiene de la información consignada en formulario 1010 y que ha sido ingresada al Sistema de Aseguramiento:
- Tipo y N° documento de identidad del Asegurado titular
  - Fecha de fallecimiento
  - Tipo y N° documento de identidad del Beneficiario
- g. Información Complementaria (IC)**  
Información obtenida de manera automatizada de la Base de Datos del Sistema de Aseguramiento (SAS) en base a la Información Básica (IB), con el fin de incorporarla a la Trama de Subsidios.
- h. Prestación por Sepelio:**  
Es el monto en dinero que se otorga como consecuencia del fallecimiento del asegurado titular, para cubrir los gastos de sus servicios funerarios.
- i. Sistema de Aseguramiento (SAS)**  
Sistema automatizado de Aseguramiento en plataforma web, al cual acceden usuarios internos y externo de la Plataforma de Aseguramiento, haciendo uso de las credenciales necesarias (usuario y clave).
- j. Sistema Integral de Aseguramiento (SIA)**  
Sistema automatizado de Aseguramiento, al cual acceden usuarios internos y externos de la Plataforma de Aseguramiento, haciendo uso de las credenciales necesarias (usuario y clave).
- k. Trama de Prestación por Sepelio (TS)**  
Tabla de datos que se genera con la información básica (IB), Información Complementaria (IC) e Información Autogenerada (IA), con el fin de ser incorporada en forma automatizada al Sistema Web de Subsidios.

VIII. **ANEXOS**

**Anexo N°1: PROCEDIMIENTO PE-XXX "PAGO DE PRESTACIÓN POR SEPELIO**

<b>Presentación de Solicitud de Prestación por Sepelio</b>		
1	<p>1.1 Recibir del administrado, previa presentación del DNI o Carnet de Extranjería, el Formulario 1010 "Formulario Único de Seguros y Prestaciones Económicas", firmado por el Beneficiario, acompañado del comprobante de pago y declaración jurada de sepelio.</p> <p>1.2 Proceder a registrar en el Sistema de Aseguramiento, el fallecimiento del asegurado titular generando su registro de baja, según procedimiento vigente.</p> <p>1.3 Accesar al SAS, en el módulo de prestaciones económicas, ingresando el</p>	<p>Terminalista de Ventanilla de Atención al Público de la Oficina de Aseguramiento, Agencia o Módulo de Seguros</p>

  	<p>DNI del asegurado titular fallecido, para validar de manera automatizada que la solicitud se presente antes de vencido el plazo de prescripción, e igualmente, en base a la información que proporcione el Sistema de Aseguramiento, la acreditación, vínculo laboral (trabajador dependiente) o condición de pensionista y baja por fallecimiento del asegurado(a) titular, obrando como sigue:</p> <p><b><u>Si la calificación es conforme:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Registrar el DNI del beneficiario, devolviendo el Sistema sus apellidos y nombres.</li> <li>Registrar los datos del Comprobante de Pago:             <ul style="list-style-type: none"> <li>RUC de entidad que prestó el servicio funerario.</li> <li>Tipo de Comprobante de pago</li> <li>Serie, N°, Fecha de Emisión e Importe del comprobante de pago.</li> </ul> </li> <li>Registrar el importe de gastos adicionales consignado en la Declaración Jurada de Sepelio.</li> <li>Efectuar el chequeo para iniciar el proceso de generación de la Orden de Pago de Sepelio, la Trama de Sepelio y su incorporación al proceso Centralizado.</li> <li>Consignar en Formulario 1010 el número de expediente y fecha de pago.</li> <li>Firmar y Sellar Formulario 1010, devolviendo copia usuario al interesado</li> <li>Remitir los formularios 1010 a la Unidad de Prestaciones Económicas para su remisión a la Sub Gerencia de Egresos (en Lima) y áreas de Tesorería (en provincias).</li> </ol> <p><b><u>Si la calificación no es conforme:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Registrar la solicitud en el SIAD.</li> <li>Consignar en el Formulario 1010 el NIT, indicando al administrado los medios con que cuenta para monitorear el estado de su trámite.</li> <li>Firmar y Sellar Formulario 1010, devolviendo copia usuario al interesado</li> <li>Remitir el formulario 1010 debidamente documentado, a la Unidad de Prestaciones Económicas para su evaluación manual y generación de Resolución Denegatoria</li> </ol> <p><b>Frecuencia de actividad: Diaria (días hábiles)</b></p>	
<b>Trámite de Solicitudes por Casos Especiales</b>		
<p>2</p> 	<ol style="list-style-type: none"> <li>Recibir del administrado el Formulario 1010 "Formulario Único de Seguros y Prestaciones Económicas" firmado por el beneficiario, acompañado del comprobante de pago, declaración jurada y documentos señalados en el rubro 6 de la presente Directiva, según corresponda.</li> <li>Proceder a registrar en el Sistema de Aseguramiento, el fallecimiento del asegurado titular generando su registro de baja, según procedimiento vigente.</li> <li>Registrar la solicitud en el SIAD.</li> <li>Consignar en el Formulario 1010 el NIT, indicando al administrado los medios con que cuenta para monitorear el estado de su trámite.</li> <li>Firmar y Sellar Formulario 1010, devolviendo copia usuario al interesado</li> <li>Remitir el formulario 1010 debidamente documentado, a la Unidad de Prestaciones Económicas para su evaluación manual; área que de ser conforme el pago cesará la solicitud y la remitirá al área de Tesorería o caso contrario, generará la Resolución Denegatoria.</li> </ol> <p><b>Frecuencia de actividad: Diaria (días hábiles)</b></p>	<p>Terminalista de Ventanilla de Atención al Público de la Oficina de Aseguramiento, Agencia o Módulo de Seguros</p>

<b>Ejecución del Proceso Centralizado</b>		
3	3.1 Generar y colocar la Data emergente del proceso Centralizado a disposición de la Sub Gerencia de Regulación de Prestaciones Económicas.  <b>Frecuencia de actividad: Inter Diaria (días Martes, Jueves y Sábado)</b> <b>Inicio de actividad: 00:00 horas</b>	Gerencia Central de Tecnología de la Información y Comunicaciones (GCTIC)
<b>Evaluación Manual de Solicitudes</b>		
4	4.1 Recibir las solicitudes documentadas referenciadas en los numerales 1.3.k), y 2.6 del presente procedimiento. 4.2 Evaluar manualmente las solicitudes recibidas determinando su procedencia o improcedencia.  <b>Si procede el pago:</b> a) Ingresar la solicitud al Sistema de Subsidios en Web. b) Actualizar el NIT en el SIAD, informando la fecha de pago. c) Proseguir trámite.  <b>Si no procede el pago:</b> d) Elaborar informe Técnico y remitir al Resolutor para que tramite la Resolución Denegatoria y su posterior entrega al Administrado. e) Actualizar el NIT en el SIAD, informando que se le remitirá la Resolución Denegatoria. f) Proseguir trámite.  <b>Frecuencia de actividad : Diaria</b> <b>Inicio de actividad: 8:00 a.m.</b>	Calificador Unidad de Prestaciones Económicas
<b>Conformidad de la Data de Prestaciones Económicas</b>		
5	5.1 Recibir la Data de Prestaciones Económicas emergente del Proceso Centralizado. 5.2 Validar la Data. 5.3 Comunicar a la Gerencia de Contabilidad sobre la validación de la Data. 5.4 Requerir al Responsable de Presupuesto, la habilitación presupuestal  <b>Frecuencia de actividad : Según cronograma anual de pago de subsidios</b> <b>Inicio de actividad: 8:00 a.m.</b>	Responsable de Proceso Centralizado; Gerente de Prestaciones Económicas Sub Gerencia de Regulación de Prestaciones Económicas
<b>Habilitación presupuestal</b>		
6	Jefe de División de la Oficina de Control y Seguimiento de la GCSPE solicita la habilitación presupuestal a través de correo electrónico a la Gerencia de Presupuesto. <b>Frecuencia de actividad: Según cronograma anual de pago de subsidios</b> <b>Inicio de actividad: 9:00 a.m.</b>	Responsable de Presupuesto - Gerencia de Prestaciones Económicas
7	Habilitar partida presupuestal, informando a la Responsable de Presupuesto y Responsable de Proceso Centralizado.  <b>Frecuencia de actividad : Según cronograma anual de pago de subsidios)</b> <b>Inicio de actividad: 9:30 a.m.</b>	Sectorista Gerencia de Presupuesto
<b>Registro Contable</b>		



8	<p>8.1 Recibir Data de Prestaciones Económicas colocada a su disposición por la GCTIC</p> <p>8.2 Efectuar el proceso de contabilización de la Data en el SAP</p> <p>8.3 Efectuar las anulaciones de Anexo 2 comunicado por la Gerencia de Prestaciones Económicas</p> <p>8.4 Comunicar vía email a la Gerencia de Tesorería que los subsidios se encuentran contabilizados en SAP, listos para su giro.</p> <p><b>Frecuencia de actividad:</b> Según cronograma anual de pago de subsidios <b>Inicio de actividad:</b> 10.00 a.m.</p>	Sectorista Sub Gerencia de Control Contable- Gerencia de Contabilidad
<b>Solicitud de Transferencia de Fondos</b>		
9	<p>9.1 Solicitar a la Gerencia de Tesorería la anulación de expedientes de subsidios antes de su remisión al Banco, que pese a estar procesados, por razones debidamente justificadas no corresponde su pago.</p> <p>9.2 Solicitar a la Gerencia de Tesorería la Transferencia de Fondos, mediante carta, la misma que será entregada dos días útiles antes de la fecha de pago.</p> <p><b>Frecuencia de actividad :</b> Según cronograma anual de pago de subsidios</p>	Gerente de Prestaciones Económicas
<b>Transferencia de Fondos al Banco</b>		
10	<p>10.1 Efectuar la anulación de los expedientes de subsidios solicitados en el numeral 9.1.</p> <p>10.2 Efectuar el giro de las órdenes de pago y realizar Transferencia de Fondos para el pago de las órdenes de pago de prestación por sepelio.</p> <p><b>Frecuencia de actividad:</b> Según cronograma anual de pago de subsidios <b>Inicio de actividad:</b> 12:00 p.m.</p>	Sub Gerente de Ingresos y Egresos- Gerencia de Tesorería
<b>Pago de la Prestación</b>		
11	<p>11.1 Identificar al beneficiario de prestación por sepelio</p> <p>11.2 Recibir del beneficiario el Formulario 1010 "Formulario Único de Seguros y Prestaciones Económicas" debidamente firmado por el beneficiario.</p> <p>11.3 Pagar al Beneficiario la Prestación por Sepelio</p> <p><b>Frecuencia de actividad :</b> Diaria</p>	Entidad Bancaria
<b>Manejo de la Información</b>		
12	<p>Recibir de las áreas de Aseguramiento, los formularios 1010 presentados por los beneficiarios que solicitaron prestación por sepelio, para centralizarlos y remitirlos al área de Tesorería antes de la fecha de pago.</p> <p><b>Frecuencia de actividad :</b> Un día antes de la fecha de pago, según cronograma</p>	Jefe Unidad de Prestaciones Económicas
13	<p>Devolver a la cuenta bancaria de EsSalud, transcurridos los 20 días hábiles de emitidos, el monto de las órdenes de pago no cobradas por los beneficiarios, remitiendo la información correspondiente a la Gerencia de Tesorería.</p> <p><b>Frecuencia de actividad :</b> Diaria</p>	Entidad Bancaria

14	<p>14.1 Recibir de la entidad bancaria, la información de órdenes de pago de prestación por sepelio cobradas; así como de la información de órdenes de pago anuladas por vencimiento en cartera.</p> <p>14.2 Anular las órdenes de pago devueltas por el Banco (vencimiento en cartera) y comunicar a la Gerencia de Contabilidad</p> <p><b>Frecuencia de actividad :</b> Según fechas de devolución del banco</p>	Gerencia de Tesorería
15	<p>Verificar y anular el gasto; comunicar a la Gerencia de Prestaciones Económicas</p> <p><b>Frecuencia de actividad:</b> Según fechas de devolución del banco</p>	Gerencia de Contabilidad
<b>Control Posterior Automatizado</b>		
16	<p>16.1 Ejecutar el proceso automatizado de control posterior, previamente autorizado por la Gerencia de Prestaciones Económicas, para verificar con la información actualizada del sistema de aseguramiento los siguientes criterios de validación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vínculo laboral (trabajador dependiente) o condición de pensionista, al momento del fallecimiento del asegurado.</li> <li>- Condición de reembolso de las entidades empleadoras o entidades que pagan la pensión, al mes de fallecimiento del asegurado.</li> </ul> <p>16.2 Remitir a la Sub Gerencia de Regulación de Prestaciones Económicas los resultados del proceso automatizado, según estructura de datos establecida</p> <p><b>Frecuencia de actividad :</b> Mensual</p>	Gerencia Central de Tecnología de la Información y Comunicaciones (GCTIC)
17	<p>Generar las liquidaciones de cobranza para la reversión de gasto y/o recupero de pagos indebidos.</p> <p><b>Frecuencia de actividad :</b> Mensual</p>	Responsable Proceso Automatizado SGRPE
18	<p>Remitir los registros y liquidaciones de cobranza a la Sub Gerencia de Cobranzas y Transferencias para el recupero institucional</p> <p><b>Frecuencia de actividad :</b> Diaria</p>	Responsable Proceso Automatizado SGRPE
19	<p>Realizar las acciones que corresponda para lograr el recupero institucional</p> <p><b>Frecuencia de actividad :</b> Diaria</p>	Sub Gerencia de Cobranzas y Transferencias -GCGF-
20	<p>En caso de expedientes anulados por vencimiento en cartera, la rehabilitación se realizará previa solicitud del beneficiario, y será rehabilitado para su pago en una nueva emisión.</p>	Gerencia Prestaciones Económicas

**Anexo N°2: Declaración Jurada**
**DECLARACIÓN JURADA**
**YO:**

<b>Apellido Paterno</b>	<b>Apellido Materno</b>	<b>Nombres</b>

**IDENTIFICADO**    DNI     CARNE EXTRANJERÍA     OTROS 
**N°** 
**DOMICILIADO EN:**    AV.     CALLE     JR.     OTROS 

**DECLARO BAJO JURAMENTO:**

1. Que como Beneficiario solicito prestación por sepelio del Asegurado Titular fallecido, Sr(a)..... con DNI N°....., presentando el siguiente comprobante de pago, que calificará EsSalud bajo el principio de presunción de la veracidad.

Empresa emisora		Comprobante de Pago				
RUC	Razón Social	Tipo	Serie	N°	F. emisión	Importe S/

2. Que he asumido gastos adicionales al señalado anteriormente, por S/. ..... (.....) sustentado(s) en comprobante(s) de pago emitido(s) a mi nombre.

3. Que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y tengo conocimiento, que si lo declarado es falso, estoy sujeto a las consecuencias administrativas y civiles, así como a los alcances de lo establecido en el artículo 411° y el artículo 438° del Código Penal, que prevén pena privativa de libertad de hasta cuatro (4) años, para los que hacen una falsa declaración violando el principio de veracidad, así como para aquellos que cometan falsedad, simulando o alterando la verdad intencionalmente.

 / ..... / 201....

---

**Firma del Beneficiario**


**RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N° 956**

**-GG-ESSALUD-2015**

Lima, 07 de agosto del 2015

**VISTAS:**

La Carta N° 1181-GCSPE-ESSALUD-2015 de la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas, la Carta N° 5447-GCPS-ESSALUD-2015 de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, la Carta N° 1829-GCGF-ESSALUD-2015 de la Gerencia Central de Gestión Financiera, la Carta N° 328-GSIT-GCTIC-ESSALUD-2015 de la Gerencia de Sistemas e Innovación Tecnológica de la Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones y la Carta N° 1174-GCAJ-ESSALUD-2015 de la Gerencia Central de Asesoría Jurídica, y;

**CONSIDERANDO:**



Que, conforme a lo establecido en el numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, ESSALUD tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que correspondan al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;



Que, el literal c) del artículo 9° de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, establece que las prestaciones del Seguro Social de Salud son determinadas en los reglamentos, en función del tipo de afiliación, pudiendo comprender, prestaciones en dinero correspondientes a subsidios por incapacidad temporal y maternidad;



Que, el literal b.1) del inciso b) "*Subsidios por maternidad y lactancia*" del artículo 12° de la Ley N° 26790, establece que tienen derecho a subsidios por maternidad y lactancia, las afiliadas regulares en actividad que cumplan con los requisitos establecidos en el primer párrafo del artículo 10° de dicha Ley, referido al derecho de cobertura;

Que, en su literal b.3), establece que el subsidio por lactancia se otorga conforme a la normatividad vigente y, que el derecho a subsidio prescribe a los seis meses contados desde el período máximo postparto; asimismo, que los afiliados potestativos, podrán tener derecho a subsidios económicos de acuerdo a lo que establezca el reglamento;



Que, el artículo 17° del Reglamento de la Ley N° 26790, aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA y modificado por Decreto Supremo N° 020-2006-TR establece que 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, y en caso de parto múltiple se reconoce un subsidio adicional por cada hijo;



Que, mediante Acuerdo de Consejo Directivo N° 58-14-ESSALUD-2011 se aprobó el "Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas", el cual en el literal e. de su artículo 1° define como Subsidio por Lactancia al monto en dinero que se otorga como consecuencia del nacimiento del hijo del asegurado o asegurada titular, con el objeto de contribuir al cuidado del recién nacido. Se otorga a la madre y en caso de fallecimiento de ésta o comprobarse el estado de abandono del recién nacido se otorga a la persona o entidad que lo tuviera a su cargo;

**RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N° 956**

**-GG-ESSALUD-2015**

Que, en el artículo 13° del citado Reglamento se establece que para el pago de las prestaciones económicas directamente por ESSALUD, entre las que se encuentra los subsidios por lactancia, se deberá presentar una Solicitud de Prestaciones Económicas y demás documentación complementaria en la forma, plazo y condiciones que establezca la ex Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales, y apruebe la Gerencia General;

Que, el numeral 2 del Acuerdo de Consejo Directivo N° 58-14-ESSALUD-2011 faculta al Gerente General a dictar las normas y procedimientos que permitan dar cumplimiento a dicho Acuerdo;

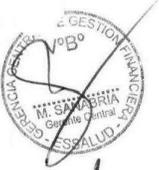
Que, en ese sentido, mediante Resolución de Gerencia General N° 619-GG-ESSALUD-2012 se aprobó la Directiva N° 08-GG-ESSALUD-2012, "Normas Complementarias al Reglamento de Prestaciones Económicas", estableciendo en su numeral 7.1.3 los requisitos para solicitar subsidio por lactancia; en su numeral 8.2 las disposiciones relativas a la oportunidad para el pago, monto y situaciones especiales sobre subsidio por lactancia; y, en su numeral 12.4 las disposiciones relativas a la prestación por lactancia sobre asegurados potestativos;

Que, por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 656-PE-ESSALUD-2014 se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud – ESSALUD, en cuyo literal h) de su artículo 133° modificado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 222-PE-ESSALUD-2015 se establece que la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas es el órgano que tiene por función "Elaborar y evaluar las normas y procedimientos para el otorgamiento, evaluación y auditoría de las prestaciones económicas a los asegurados, determinar y proponer el presupuesto para dichas prestaciones, así como ejecutar acciones de auditoría y fiscalización posterior y disponer las medida correctivas";

Que, en ese sentido, mediante Carta N° 1181-GCSPE-ESSALUD-2015 la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas manifiesta que en el año 2014, solo 4,679 (3%) de las 155,323 solicitudes presentadas fueron procesadas y pagadas dentro de los primeros 28 días de vida del recién nacido, motivando que el subsidio por lactancia en un 97% de casos sea cobrado por la madre a partir de los 29 días; con lo cual indican no se cumple con su objeto que es el de contribuir al cuidado del recién nacido, etapa que comprende los primeros 28 días de su vida; por lo que, se propone la aprobación de la Directiva de "Pago de Subsidio por Lactancia", a fin de implementar un nuevo procedimiento para el pago del referido subsidio, a través de un proceso automatizado, que permita brindar la prestación de manera oportuna, que contribuya a la protección de la vida, la integridad y el desarrollo del recién nacido, en su etapa más vulnerable;

Que, en ese contexto, resulta viable la aprobación de un proyecto de Directiva que permita que el subsidio por lactancia sea brindado de una manera oportuna, conforme ha sido propuesto por la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas;

Que, mediante Cartas de vistas, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud ha emitido opinión favorable sobre el proyecto de Directiva alcanzado y la Gerencia Central de Asesoría Jurídica se ha pronunciado sobre su viabilidad;



**RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N° 956 -GG-ESSALUD-2015**

Que, el literal b) del artículo 9° de la Ley N° 27056, establece que le compete al Gerente General, dirigir el funcionamiento de la institución, emitir las directivas y los procedimientos internos necesarios, en concordancia con las políticas, lineamientos y demás disposiciones del Consejo Directivo y del Presidente Ejecutivo;

Con los vistos de la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas, la Gerencia Central de Gestión Financiera, la Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones y la Gerencia Central de Asesoría Jurídica;

Estando a lo propuesto y en uso de las atribuciones conferidas;

**SE RESUELVE:**

1. **APROBAR** la Directiva N° 003 -GG-ESSALUD-2015 **“Pago de Subsidio por Lactancia”**, documento técnico que forma parte de la presente Resolución.
2. **APROBAR** el Formulario 8011: “Solicitud Pago de Lactancia”, que se adjunta a la presente Resolución.
3. **DISPONER** que la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas, la Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones, la Gerencia Central de Gestión Financiera, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, la Gerencia Central de Operaciones, la Oficina de Relaciones Institucionales, las Gerencias de Redes Desconcentradas y las Gerencias de Hospitales Nacionales e Institutos realicen las acciones necesarias en el ámbito de su competencia para la implementación de lo aprobado por la presente Resolución.
4. **FACULTAR** a la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas a emitir las normas complementarias necesarias para la aplicación de la Directiva aprobada, así como las modificaciones a que hubiere lugar en el formulario aprobado en el numeral 2 de la presente Resolución.
5. **DEJESE SIN EFECTO** los numerales 7.1.3 referido a los requisitos para solicitar el subsidio por lactancia, 8.3 Disposiciones sobre subsidio por lactancia y 12.4 Disposiciones relativas a la prestación por lactancia (asegurados potestativos) de la Directiva N° 08-GG-ESSALUD-2012, “Normas Complementarias al Reglamento de Prestaciones Económicas” aprobada por Resolución de Gerencia General N° 619-GG-ESSALUD-2012, así como toda disposición que contravenga el contenido de la Directiva que se aprueba con la presente Resolución. (Ir a Resolución)

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE**



-----  
ECO. MIGUEL LA ROSA PAREDES  
GERENTE GENERAL  
ESSALUD



---

**DIRECTIVA N° 03 -GG-ESSALUD-2015**

**“PAGO DEL SUBSIDIO POR LACTANCIA”**

---

Aprobada por Resolución de Gerencia General  
N° 956 -GG-ESSALUD-2015

**GERENCIA CENTRAL DE SEGUROS Y PRESTACIONES  
ECONÓMICAS**

**GERENCIA DE PRESTACIONES ECONÓMICAS**

**SUBGERENCIA DE REGULACIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS**

## INDICE

1. OBJETIVO
2. FINALIDAD
3. BASE LEGAL
4. AMBITO DE APLICACIÓN
5. RESPONSABILIDAD
6. DISPOSICIONES GENERALES
7. DISPOSICIONES ESPECIFICAS
8. DISPOSICIONES PARA CASOS ESPECIALES
  - 8.1 ASEGURADOS AGRARIOS INDEPENDIENTES
  - 8.2 ASEGURADOS POTESTATIVOS
  - 8.3 MADRE FALLECIDA
  - 8.4 MADRE INCAPAZ
  - 8.5 MADRE DERECHO HABIENTE MENOR DE EDAD
  - 8.6 MADRE EXTRANJERA
9. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS
10. CONCEPTOS DE REFERENCIA
11. **ANEXOS**
  - 11.1 PROCEDIMIENTO PARA EL "PAGO DEL SUBSIDIO POR LACTANCIA"
  - 11.2 FORMULARIO 8011 "SOLICITUD DE SUBSIDIO POR LACTANCIA"

**DIRECTIVA DE GERENCIA GENERAL N° 03 -GG-ESSALUD-2015**

**“PAGO DEL SUBSIDIO POR LACTANCIA”**

**1. OBJETIVO:**

Establecer normas, criterios y procedimientos que regulen el pago del subsidio por lactancia, a través de un proceso automatizado, que permita brindar la prestación de manera oportuna.

**2. FINALIDAD**

Estandarizar, los criterios metodológicos para el procedimiento del pago de subsidio por lactancia, en concordancia con los principios de celeridad y eficacia del procedimiento administrativo.

**3. BASE LEGAL**

- Ley N° 26790 - Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y sus modificatorias.
- Reglamento de la Ley N° 26790, aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA y sus modificatorias.
- Ley N° 27056 Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD).
- Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General
- Ley N 27658 – Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado
- Ley N° 27785 – Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República
- Decreto Supremo N° 030-2002-PCM (Reglamento de la Ley N° 27658)
- Decreto Supremo N° 096-2007-PCM, que regula la fiscalización posterior aleatoria de los procedimientos administrativos por parte de las entidades de la administración pública.
- Decreto Legislativo N° 1172, que establece medidas para cautelar el cumplimiento de las normas a la seguridad social en salud y la obligación de informar del trabajador
- Decreto Supremo N° 066-2011-PCM, que aprueba el “Plan de Desarrollo de la Sociedad de Información en el Perú. La agenda digital Peruana 2.0”
- Decreto Supremo N° 010-2010-TR, que aprueba el Texto Único de Procedimientos Administrativos de EsSalud
- Directiva N° 1436-GG-ESSALUD-2013, que dispone la implementación del Registro en Línea del Certificado de Nacido Vivo, en los Centros Asistenciales de las redes Asistenciales de EsSalud, que tengan capacidad de atender partos.
- Directiva N° 14-GG-ESSALUD-2009 “Normas y lineamientos para ejecutar la Fiscalización Posterior en los procedimientos administrativos sujetos a aprobación automática o a aprobación previa previstos en el TUPA-ESSALUD”, aprobado por Resolución de Gerencia General N° 1236- GG-ESSALUD-2009.
- Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 656-PE-ESSALUD-2014 que aprueba la nueva Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones de ESSALUD.
- Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 222-PE-ESSALUD-2015 que modifica la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones de ESSALUD, aprobado mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 656-PE-ESSALUD-2014.
- Ley N° 29462 “Ley que establece la gratuidad de la inscripción del nacimiento, de la primera copia certificada del acta de nacimiento y de la expedición del certificado de nacido vivo; y modifica diversos artículos de la Ley Orgánica del Registro Nacional de Identificación y Estado Civil”
- Decreto Supremo N° 015-98-PCM “Reglamento de Inscripción del Registro Nacional de Identificación y Estado Civil”
- Acuerdo de Consejo Directivo N° 58-14-ESSALUD-2011 que aprueba el Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas
- Directiva N° 08-GG-ESSALUD-2012 “Normas Complementarias al Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas” aprobada por Resolución de Gerencia General N° 619-GG-ESSALUD-2012.



**4. AMBITO DE APLICACION**

Las disposiciones de la presente Directiva son de aplicación obligatoria para los Órganos Centrales y Desconcentrados de EsSalud, involucrados en los procesos relacionados con el pago del subsidio por lactancia.

**5. RESPONSABILIDAD**

Son responsables del cumplimiento de la presente Directiva los funcionarios y personal de los siguientes órganos centrales:

- a) Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas
- b) Gerencia Central de Gestión Financiera
- c) Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones
- d) Gerencia Central de Operaciones
- e) Gerencia Central de Prestaciones de Salud
- f) Gerencia o Dirección de Hospital Nacional e Institutos
- g) Gerencia o Dirección de Red Desconcentrada
- h) Oficina de Relaciones Institucionales.

**6. DISPOSICIONES GENERALES**

**6.1** El pago del subsidio por lactancia es un beneficio que otorga ESSALUD a la madre del hijo (a) recién nacido vivo de un asegurado titular con el fin de contribuir a su cuidado y es equivalente a S/. 820.00 (ochocientos veinte nuevos y 00/100 nuevos soles). En caso de parto múltiple el subsidio se abona por cada niño.

Para recibir este beneficio, el asegurado(a) titular debe tener derecho de cobertura y vínculo laboral al momento del nacimiento de su menor hijo, quien debe estar registrado en el Sistema de Registro de Nacimientos en Línea (RENIEC) y/o en el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil –RENIEC..

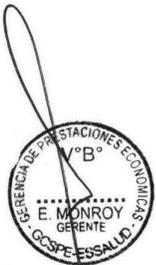
**6.2** ESSALUD cuenta en sus sistemas de registros con información del derecho de cobertura de sus afiliados, en los distintos tipos de seguros, por lo que, no requerirá a los asegurados acreditar su condición.

**6.3** Las afiliadas de ESSALUD, cuyo parto se atienda en Establecimientos de Salud que cuenten con el Sistema de Registro de Nacimientos en Línea (RENIEC), el Recién Nacido será registrado en dicho Sistema. Este registro será considerado como cumplimiento de requisito valido para el pago del subsidio por lactancia.

**6.4** Las afiliadas de ESSALUD cuya atención del parto se haya dado en Establecimientos de Salud que no cuenten con el Sistema de Registro de Nacimientos en Línea (RENIEC), deben inscribir al Recién Nacido en la RENIEC, obteniendo el Acta de Nacimiento que consignará el CUI (Código Único de Identificación).

**6.5** El asegurado titular para iniciar el proceso de pago del subsidio por lactancia deberá presentar el Formulario 8011 "Solicitud de Pago del Subsidio por Lactancia", debidamente llenado y firmado por el asegurado titular o madre derechohabiente o tutor, en la Oficina de Aseguramiento, Agencia o Módulo de Seguros más cercana a su domicilio, que podrá obtenerlo a través de la página web institucional o en las mencionadas áreas de Seguros. En los casos previstos en el numeral 6.4 de la presente Directiva se consignará el CUI del recién nacido con el cual se le registrará como derechohabiente en el Sistema de Aseguramiento.

**6.6** El procedimiento para la validación de la solicitud del pago de subsidio por lactancia se desarrollará de manera automatizada, en base a la información recibida del Registro de Nacimientos de RENIEC y del Sistema de Aseguramiento. Se verificará la acreditación del asegurado titular y el vínculo familiar de la madre en caso sea derechohabiente. El pago



estará disponible en la(s) entidad(es) bancarias a las 72 horas hábiles de recibir EsSalud la solicitud de pago del subsidio por lactancia.

- 6.7 El pago del subsidio de lactancia se realiza en las la(s) entidad(es) bancarias con las cuales ESSALUD tiene convenio. Para hacer efectivo el pago la beneficiaria del subsidio, deberá mostrar su documento de identidad y presentar copia del Formulario 8011 "Solicitud de Pago del Subsidio por Lactancia"
- 6.8 Por limitaciones en la obtención oportuna de información de la SUNAT, la condición de vínculo laboral del asegurado(a) titular al nacimiento de su menor hijo será validado por la Sub Gerencia de Regulación de Prestaciones Económicas de forma masiva y automatizada, que igualmente comprenderá la verificación de la condición de reembolso de la entidad empleadora. En ambos casos, de ser aplicable, se impulsará las acciones de recupero correspondientes.
- 6.9 El plazo que tiene el asegurado titular, para solicitar el pago del subsidio por lactancia correspondiente a su hijo, es de seis (06) meses contados desde el término del período post parto, que es de noventa (90) días para partos comunes y de ciento veinte (120) días para partos múltiples.
- 6.10 La Orden de Pago del subsidio de lactancia vencerá en cartera bancaria a los veinte (20) días hábiles de haberse generado la misma.
- 6.11 Las órdenes de pago de lactancia generadas bajo este procedimiento, forman parte del Proceso Centralizado de Prestaciones Económicas que incluye a los subsidios de incapacidad temporal y maternidad, así como la prestación por sepelio. Proceso que cerrará los días Martes, Jueves y Sábado.
- 6.12 El proceso automatizado para el pago del subsidio por lactancia no considera los Casos Especiales consignados en el numeral 8 de la presente Directiva.



## 7. DISPOSICIONES ESPECIFICAS

7.1 La Gerencia Central de Tecnología Información y Comunicaciones (GCTIC) adecuará los sistemas de información para los siguientes procesos:

- a. Recibir información del Sistema de Registro de Nacimientos en Línea - RENIEC (datos de la madre y del recién nacido), para validar de manera automatizada en base a la información que proporcione el Sistema de Aseguramiento, la acreditación del asegurado(a) titular y el vínculo familiar en caso de madre derechohabiente, generando una Base de Datos de madres con derecho al pago del subsidio por lactancia. Proceso masivo que se realizará al término del día.
- b. Para los casos de recién nacidos en Establecimientos de Salud, que cuenten con el Sistema de Registro de Nacimientos en Línea – RENIEC, aperturar una consulta virtual a la Base de Datos de madres con derecho al pago del subsidio por lactancia para que el personal de Ventanilla Única de la Plataforma de Aseguramiento, pueda visualizar si la madre solicitante cuenta con derecho al pago del subsidio, y de ser el caso efectuar el "checked" para iniciar el proceso de generación de la Orden de Pago de Lactancia y su incorporación al proceso Centralizado.
- c. Para los casos de recién nacidos en Establecimientos de Salud, que no cuenten con el Sistema de Registro de Nacimientos en Línea – RENIEC, aperturar una ventana emergente en el SAS, para ingresar el DNI de la madre y el CUI del recién nacido, para validar de manera automatizada en base a la información que proporcione el Sistema de Aseguramiento, la acreditación del asegurado(a) titular y el vínculo familiar con el recién nacido y la madre derechohabiente. Proceso que se realizará "on line".



- d. Generar la Trama de Subsidios por Lactancia, en base a la información básica (IB) consignada en la Orden de Pago de Lactancia (OPL), que permitirá obtener de manera automatizada información complementaria (IC) del Sistema de Aseguramiento, relacionada a la madre a quien se paga el subsidio, a la cual se aunará información que el Sistema debe autogenerar (Información Autogenerada (IA).
- e. Incorporar la referida Trama al Sistema Web de Subsidios para el Cierre de acuerdo al cronograma de pago establecido por las áreas competentes y se genere la Data de Prestaciones Económicas para su tratamiento presupuestal, contable y transferencia de fondos de acuerdo a los procedimientos establecidos.

**7.2** La Gerencia de Prestaciones Económicas a través de la Sub Gerencia de Regulación de Prestaciones Económicas, es la responsable de validar la Data de Prestaciones Económicas de las Órdenes de Pago de Subsidio por Lactancia generadas por el Proceso Centralizado, que informará a la Gerencia de Contabilidad vía correo electrónico y carta, adjuntando Padrón detallado de las órdenes de pago del subsidio por lactancia, debidamente suscrito.

**7.3** La Gerencia Central de Gestión Financiera (GCGF) adecuará sus sistemas a los siguientes procesos:

- a. La Gerencia de Prestaciones Económicas solicitará vía correo electrónico a la Gerencia de Presupuesto la habilitación presupuestal proyectada por adelantado para una semana, la misma que será habilitada en SAP a inicios de semana, asimismo la Gerencia de Prestaciones Económicas solicitará a la Gerencia de Presupuesto, de acuerdo al cronograma de pago, los montos exactos de cada emisión.
- b. La Gerencia Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones debe colocar al cierre de cada proceso Centralizado, a disposición de la Gerencia de Contabilidad, la Data de Prestaciones Económicas emergente del Proceso Centralizado, en condiciones que permita su ingreso inmediato al SAP.
- c. La Gerencia de Contabilidad con la Data mencionada en el literal anterior, debe realizar el proceso contable que corresponda, con la referida data y remitirla a la Gerencia de Tesorería.
- d. La Gerencia de Tesorería, previa conformidad del registro contable por Contabilidad procederá a girar las órdenes de pago, asimismo, previo requerimiento de la Gerencia de Prestaciones Económicas, dispondrá la transferencia de fondos al Banco para el pago de los subsidios de lactancia, según información emergente del Proceso Centralizado.

**7.4** Una vez transcurridos 20 (veinte) días hábiles de emitida las órdenes de pago, la entidad bancaria devolverá a la cuenta bancaria de EsSalud el monto de los subsidios que no fueron cobrados por la beneficiaria. Con dicha información la Gerencia de Tesorería procederá a anular las órdenes de pago y la Gerencia de Contabilidad procederá a anular las provisiones de pago, y esta última comunicará a la Gerencia de Prestaciones Económicas para la respectiva anulación en su sistema de control.

## 8. DISPOSICIONES PARA CASOS ESPECIALES

Para el trámite de las solicitudes del subsidio por lactancia en los siguientes casos especiales, los interesados deberán apersonarse a la Oficina de Aseguramiento, Agencia o Módulo de Seguros más cercana a su domicilio, presentando el Formulario 8011 debidamente documentado, el mismo que será evaluado manualmente por las Unidades de Prestaciones Económicas que también verificarán las condiciones necesarias para el otorgamiento del subsidio de lactancia. Como condición previa el recién nacido deberá estar inscrito como derechohabiente del asegurado titular, según corresponda.



### 8.1 Asegurados agrarios independientes

Tienen derecho al subsidio por lactancia los hijos de asegurados titulares agrarios independientes, quienes presentarán el Formulario 8011, debidamente firmado por el asegurado(a) titular, verificándose que se encuentren acreditados a la fecha de nacimiento del menor.

El monto del subsidio es de S/. 820.00 y se otorgará a la madre.

### 8.2 Asegurados Potestativos (Seguros independientes)

De acuerdo a términos contractuales suscritos con EsSalud, tienen derecho a una prestación por lactancia, los hijos de asegurados titulares afiliados a los planes de salud Plan Ampliado y Plan Completo de los seguros EsSalud Independiente Personal y EsSalud Independiente Familiar; quienes deben presentar los siguientes documentos:

- Formulario 8011 "Solicitud de Pago de Subsidio por Lactancia" debidamente firmado por el asegurado(a) titular.
- Mostrar documento de identidad vigente.
- Superar el periodo de carencia de tres (3) meses
- Estar al día en el pago de sus aportes.
- En caso de fallecimiento del asegurado potestativo titular, el padre o madre sobreviviente o tutor deberán presentar la partida de defunción (original) del asegurado(a) fallecido y en caso del tutor, el documento que acredite la tutela del niño.

El monto de la prestación por lactancia equivale a S/. 102.50, y se otorgará al asegurado(a) potestativo (titular).

### 8.3 Madre Fallecida (excepto asegurados potestativos)

Cuando la madre del recién nacido, titular o derechohabiente, fallece, el padre o tutor debe presentar los siguientes documentos:

- Formulario 8011 "Solicitud de Pago de Subsidio por Lactancia", firmado por el padre o tutor.
- Partida de defunción (original) de la madre
- En caso del tutor, deberá presentar el documento que acredite la tutela del menor y documento de identidad Vigente.

El monto del subsidio es de S/. 820.00 y se otorgará al padre o tutor según corresponda.

### 8.4 Madre Incapaz (excepto asegurados potestativos)

Cuando la madre es declarada incapaz, el subsidio por el monto de S/. 820.00 se pagará a través del padre o representante legal (curador), quien presentará el Formulario 8011 "Solicitud de Pago de Subsidio por Lactancia", debidamente firmado así como la copia y mostrar el documento que lo acredite como padre o representante legal (curador).

### 8.5 Madre derecho habiente Menor de edad (excepto asegurados potestativos)

Cuando la madre derecho habiente es menor de edad, soltera y sin título oficial que lo autorice ejercer una profesión u oficio, el subsidio por el monto de S/. 820.00 se pagará a través del asegurado titular, padre o tutor del recién nacido debidamente acreditado, quien presentará y firmará el Formulario 1010 "Formulario Único de Registro (FUR)", mostrando documento de identidad Vigente.



## 8.6 Madre Extranjera

Cuando la madre del recién nacido es extranjera, debe solicitar el registro del recién nacido en la Oficina de Aseguramiento, Agencia o Módulo de Seguros más cercana a su domicilio, presentando el Formulario 8011 "Solicitud de Pago de Subsidio por Lactancia" y copia del Acta de Nacimiento o Documento de Identidad (DNI) del menor.

Asimismo, la madre extranjera deberá acreditar su carnet de extranjería, para poder efectuar el cobro del subsidio, caso contrario el subsidio por el monto de S/. 820.00 se pagará a través del asegurado titular, padre o tutor del recién nacido debidamente acreditado.

## 9. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

### 9.1 Del Control

La Gerencia de Prestaciones Económicas, a través de la Sub Gerencia de Auditoría y Fiscalización de Prestaciones Económicas, será responsable de realizar los controles necesarios con el propósito de verificar el correcto otorgamiento del subsidio por lactancia, a través de las acciones de control consignadas en el Plan de Auditoría y Fiscalización Posterior de Prestaciones Económicas. Este Plan deberá ser aprobado a inicios de cada año y a través del enfoque de riesgo, auditar aquellas prestaciones que cumplan los criterios mayores de riesgo.

### 9.2 De la documentación que respalde el pago de subsidio

La Gerencia de Prestaciones Económicas remitirá a la Gerencia de Tesorería la documentación que respalda el pago en la jurisdicción de las Redes Asistenciales de Lima y Callao; y las Unidades de Prestaciones Económicas de las otras regiones a las Oficinas de Tesorería de las Redes Asistenciales. La remisión de la documentación deberá ser enviada previa a la fecha de pago, de acuerdo al cronograma establecido.

## 10. CONCEPTOS DE REFERENCIA

### a. Acta de Nacimiento

Es el documento emitido por RENIEC que permite probar la inscripción de nacimiento de una persona. Es la prueba visible de la existencia legal de una persona, y el conocimiento de quienes son sus padres y de su edad.

**b. Certificado de Nacido Vivo:** Es el documento probatorio de la ocurrencia del nacimiento de un niño y/o niña, emitido y suscrito por el personal profesional de salud autorizado para tal fin.

**c. Código Único de Identificación (CUI):** Es el código consignado por la RENIEC en toda Acta de Nacimiento emitida a favor de un Recién Nacido en territorio peruano. Es el mismo número que identificará a la persona cuando obtenga su DNI.

### d. Información Básica (IB)

Información mínima de la madre (asegurada titular o derecho habiente) y del lactante, que se obtiene del Sistema de Registro de Nacimientos en Línea de RENIEC o del Sistema de Aseguramiento:

- Tipo y N° documento de identidad de la madre
- Apellidos y nombres de la madre
- N° de Certificado Único de Identificación de Recién Nacidos, hijos de asegurados titulares
- N° de Autogenerado de Filiación del Recién Nacido



- e. Información Complementaria (IC)**  
Información obtenida de manera automatizada de la Base de Datos del Sistema de Aseguramiento (SAS) en base a la Información Básica (IB), con el fin de incorporarla a la Trama de Subsidios.
- f. Información Autogenerada (IA)**  
Información que debe generarse en forma automática, con relación al procesamiento de una solicitud-
- g. Sistema de Registro de Nacimientos en Línea:**  
Sistema Web, producto de un esfuerzo conjunto entre el Ministerio de Salud y el Registro Nacional de Identidad y Estado Civil (RENIEC), que permite registrar "ON Line" al Recién Nacido, en los establecimientos de salud de EsSalud, generándose inmediatamente el Certificado de Nacido Vivo.
- h. Sistema de Aseguramiento (SAS)**  
Sistema automatizado de Aseguramiento en plataforma web, al cual acceden usuarios internos y externo de la Plataforma de Aseguramiento, haciendo uso de las credenciales necesarias (usuario y clave).
- i. Sistema Integral de Aseguramiento (SIA)**  
Sistema automatizado de Aseguramiento, al cual acceden usuarios internos y externos de la Plataforma de Aseguramiento, haciendo uso de las credenciales necesarias (usuario y clave).
- j. Subsidio de Lactancia:**  
Es el monto en dinero que se otorga como consecuencia del nacimiento del hijo(a) nacido vivo del asegurado(a) titular, con el objeto de contribuir a su cuidado.
- k. Trama de Subsidios (TS)**  
Tabla de datos que se genera con la información básica (IB), Información Complementaria (IC) e Información Autogenerada (IA), con el fin de ser incorporada en forma automatizada al Sistema Web de Subsidios.



## 11. ANEXOS

- 11.1 PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DE SUBSIDIO POR LACTANCIA
- 11.2 FORMULARIO 8011 "SOLICITUD DE PAGO DEL SUBSIDIO POR LACTANCIA"



**11.1. PROCEDIMIENTO PARA EL "PAGO DE SUBSIDIO POR LACTANCIA"**

N°	Descripción de Actividades	Responsable
<b>Nacidos en Establecimientos de Salud que cuenten con Sistema de Registro de Nacimientos en Línea de RENIEC</b>		
1	<p>1.1 Ingresar los datos de la madre y del recién nacido al Sistema de Registro de Nacimientos en Línea (SRN).</p> <p><b>Fecha de Registro:</b> Fecha de parto (fecha nacimiento del lactante) <b>Plazo:</b> 3 horas desde el nacimiento del niño</p>	Profesional de la Salud Responsable según nivel de atención
<b>Calificación Automatizada</b>		
2	<p>2.1 Monitorear el proceso de carga, de la información del Sistema de Certificado de Nacido Vivo (CNV) enviada por RENIEC hacia un repositorio de EsSalud.</p> <p>2.2 Monitorear el proceso automático (autorizado por la Gerencia de Prestaciones Económicas) para la calificación de las solicitudes de subsidios por Lactancia, en base a la información que proporcione el Sistema de Aseguramiento, la acreditación del asegurado(a) titular y el vínculo familiar en caso de madre derechohabiente, de tal manera que se genere una base de datos de madres con derecho al pago del subsidio.</p> <p><b>Frecuencia de actividad: Diaria (días hábiles)</b></p>	Gerencia Central de Tecnología de la Información y Comunicaciones (GCTIC)
<b>Presentación de Solicitud de Lactancia</b>		
3	<p>3.1 Recibir del administrado, el Formulario 8011 "Solicitud de Subsidio por Lactancia" firmado por el asegurado(a) titular o madre derecho habiente</p> <p>3.2 Accesar a consulta virtual para verificar que madre beneficiaria se encuentre registrada en la Base de Datos de Madres con derecho.</p> <p><b>Si se encuentra:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Efectuar el chequeo para la validación automática de la prescripción e iniciar el proceso de generación de la Orden de Pago de Lactancia, la Trama de Subsidios y su incorporación al proceso Centralizado.</li> <li>Consignar en Formulario 8011 el número de expediente y fecha de pago.</li> <li>Firmar y Sellar Formulario 8011, devolviendo copia usuario al interesado</li> <li>Remitir los formularios 8011 a la Unidad de Prestaciones Económicas para su remisión al área de Tesorería antes de la fecha de pago. En el caso de Lima, serán derivados a la Sub Gerencia de Regulación de Prestaciones Económicas para su centralización y envío a la Sub Gerencia de Egresos.</li> </ol> <p><b>Si no se encuentra:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Efectuar el chequeo para consignar la fecha en que se está presentando la solicitud.</li> <li>Registrar la solicitud en el SIAD</li> <li>Consignar en el Formulario 8011 el NIT, indicando al administrado los medios con que cuenta para monitorear el estado de su trámite.</li> <li>Firmar y Sellar Formulario 8011, devolviendo copia usuario al interesado</li> <li>Remitir el formulario 8011 debidamente documentado, a la Unidad de Prestaciones Económicas para su evaluación manual; y generación de resolución denegatoria.</li> </ol> <p><b>Frecuencia de actividad: Diaria (días hábiles)</b></p>	Terminalista de Ventanilla de Atención al Público de la Oficina de Aseguramiento, Agencia o Módulo de Seguros
<b>Nacidos en Establecimientos de Salud que no cuenten con Sistema de Registro de Nacimientos en Línea de RENIEC</b>		
<b>Registro del Recién Nacido y Presentación de Solicitud de Lactancia</b>		
4	<p>4.1 Recibir del administrado, el Formulario 8011 "Solicitud de Subsidio por Lactancia" firmado por el asegurado(a) titular o madre derecho habiente.</p>	Terminalista de Ventanilla de Atención al



	<p>4.2 Proceder a registrar en el Sistema de Aseguramiento, al Recién Nacido como derechohabiente del asegurado(a) titular, en base al CUI del Recién Nacido consignado en el Formulario 8011.</p> <p>4.3 Accesar al SAS, en el módulo de prestaciones económicas, ingresando el DNI de la madre y el CUI del recién nacido, para validar de manera automatizada en base a la información que proporcione el Sistema de Aseguramiento, la acreditación del asegurado(a) titular y el vínculo familiar con el recién nacido y la madre derechohabiente, obrando como sigue:</p> <p><b>Si la calificación es conforme:</b></p> <p>a) Efectuar el chequeo para iniciar el proceso de generación de la Orden de Pago de Lactancia, la Trama de Subsidios y su incorporación al proceso Centralizado.</p> <p>b) Consignar en Formulario 8011 el número de expediente y fecha de pago.</p> <p>c) Firmar y Sellar Formulario 8011, devolviendo copia usuario al interesado</p> <p>d) Remitir los formularios 8011 a la Unidad de Prestaciones Económicas para su remisión al área de Tesorería. En el caso de Lima, serán derivados a la Sub Gerencia de Regulación de Prestaciones Económicas para su centralización y envío a la Sub Gerencia de Egresos.</p> <p><b>Si la calificación no es conforme:</b></p> <p>e) Registrar la solicitud en el SIAD</p> <p>f) Consignar en el Formulario 8011 el NIT, indicando al administrado los medios con que cuenta para monitorear el estado de su trámite.</p> <p>g) Firmar y Sellar Formulario 8011, devolviendo copia usuario al interesado</p> <p>h) Remitir el formulario 8011 debidamente documentado, a la Unidad de Prestaciones Económicas para su evaluación manual y generación de Resolución Denegatoria.</p> <p><b>Frecuencia de actividad: Diaria (días hábiles)</b></p>	<p>Público de la Oficina de Aseguramiento, Agencia o Módulo de Seguros</p>
<b>Trámite de Solicitudes por Casos Especiales</b>		
	<p>5</p> <p>5.1 Recibir del administrado, el Formulario 8011 "Solicitud de Subsidio por Lactancia" firmado por el asegurado(a) titular o madre derecho habiente.</p> <p>5.2 Proceder a registrar en el Sistema de Aseguramiento, al Recién Nacido como derechohabiente del asegurado(a) titular, en base al CUI del Recién Nacido consignado en el Formulario 8011.</p> <p>5.3 Registrar la solicitud en el SIAD</p> <p>5.4 Consignar en el Formulario 8011 el NIT, indicando al administrado los medios con que cuenta para monitorear el estado de su trámite.</p> <p>5.5. Firmar y Sellar Formulario 8011, devolviendo copia usuario al interesado</p> <p>5.6 Remitir el formulario 8011 debidamente documentado, a la Unidad de Prestaciones Económicas para su evaluación manual; área que de proceder el pago lo remitirá al área de Tesorería o caso contrario generará la Resolución Denegatoria.</p> <p><b>Frecuencia de actividad: Diaria (días hábiles)</b></p>	<p>Terminalista de Ventanilla de Atención al Público de la Oficina de Aseguramiento, Agencia o Módulo de Seguros</p>
<b>Ejecución del Proceso Centralizado</b>		
	<p>6</p> <p>6.1 Ejecutar y monitorear el Proceso Centralizado</p> <p>6.2 Colocar la Data emergente del proceso Centralizado a disposición de la Sub Gerencia de Regulación de Prestaciones Económicas.</p> <p><b>Frecuencia de actividad: Inter Diaria (días Martes, Jueves y Sábado)</b> <b>Inicio de actividad: 00:00 horas</b></p>	<p>Gerencia Central de Tecnología de la Información y Comunicaciones (GCTIC)</p>



**Evaluación Manual de Solicitudes**

7	<p>7.1 Recibir las solicitudes documentadas referenciadas en los numerales 3.2.i), 4.3.h) y 5.6 del presente procedimiento.</p> <p>7.2 Evaluar manualmente las solicitudes recibidas determinando su procedencia o improcedencia.</p> <p><b>Si procede el pago:</b></p> <p>a) Ingresar la solicitud al Sistema de Subsidios en Web. b) Actualizar el NIT en el SIAD, informando la fecha de pago. c) Proseguir trámite</p> <p><b>Si no procede el pago:</b></p> <p>d) Elaborar informe Técnico y remitir al Resolutor para que tramite la Resolución Denegatoria y su posterior entrega al Administrado. e) Actualizar el NIT en el SIAD, informando que se le remitirá la Resolución Denegatoria. f) Proseguir trámite</p> <p><b>Frecuencia de actividad :</b> Diaria <b>Inicio de actividad:</b> 8:00 a.m.</p>	<p>Calificador Unidad de Prestaciones Económicas</p>
---	--	--

**Conformidad de la Data de Prestaciones Económicas**

8	<p>8.1 Recibir la Data de Prestaciones Económicas emergente del Proceso Centralizado</p> <p>8.2 Validar la Data.</p> <p>8.3 Comunicar a la Gerencia de Contabilidad sobre la validación de la Data.</p> <p>8.4 Requerir a la Responsable de Presupuesto la habilitación presupuestal</p> <p><b>Frecuencia de actividad:</b> Según Cronograma anual de pago de Subsidios <b>Inicio de actividad:</b> 8:00 a.m.</p>	<p>Responsable de Proceso Centralizado: Gerente de Prestaciones Económicas a través -Sub Gerencia de Regulación de Prestaciones Económicas-GPE</p>
---	---	--

**Habilitación presupuestal**

9	<p>Jefe de División de la Oficina de Control y Seguimiento de la GCSPE solicita la habilitación presupuestal a través de correo electrónico a la Gerencia de Presupuesto (disposición específica 7.3.a)</p> <p><b>Frecuencia de actividad :</b> Según Cronograma anual de pago de Subsidios <b>Inicio de actividad:</b> 9:00 a.m.</p>	<p>Responsable de Presupuesto - Gerencia de Prestaciones Económicas</p>
10	<p>Habilitar partida presupuestal, informando a la Responsable de Presupuesto y Responsable de Proceso Centralizado. (disposición específica 7.3.a)</p> <p><b>Frecuencia de actividad :</b> Según Cronograma anual de pago de Subsidios <b>Inicio de actividad:</b> 9:30 a.m.</p>	<p>Sectorista Gerencia de Presupuesto</p>

**Registro Contable**

11	<p>11.1 Recibir Data de Prestaciones Económicas colocada a su disposición por la GCTIC</p> <p>11.2 Efectuar el proceso de contabilización de la Data en el SAP</p> <p>11.3 Efectuar las anulaciones de Anexo 2 comunicado por la Gerencia de Prestaciones Económicas</p> <p>11.4 Comunicar via mail a la Gerencia de Tesorería que los subsidios se encuentran contabilizados en SAP, listos para su giro.</p> <p><b>Frecuencia de actividad :</b> Según Cronograma anual de pago de Subsidios <b>Inicio de actividad:</b> 10:00 a.m.</p>	<p>Sectorista Sub Gerencia de Control Contable y de Impuestos-Gerencia de Contabilidad</p>
----	---	--



<b>Solicitud de Transferencia de Fondos</b>		
12	Solicitar a la Gerencia de Tesorería la Transferencia de Fondos, mediante carta, la misma que será entregada dos días útiles antes de la fecha de pago.  <b>Frecuencia de actividad : Según Cronograma anual de pago de Subsidios</b>	Gerente Central de Seguros y Prestaciones Económicas
<b>Del Giro y Transferencia de Fondos al Banco</b>		
13	Efectuar el giro de las órdenes de pago y realizar la Transferencia de Fondos para el pago del subsidio por lactancia.  <b>Frecuencia de actividad : Según Cronograma anual de pago de Subsidios</b> <b>Inicio de actividad: 12:00 p.m.</b>	Sub Gerente de Egresos- Gerencia de Tesorería
<b>Pago de Subsidio</b>		
14	14.1 Identificar a la madre, beneficiaria del subsidio por lactancia. 14.2 Recibir de la madre el Formulario 8011 "Solicitud de Subsidio por Lactancia" con la firma del asegurado(a) titular o Madre o tutor, según corresponda. 14.3 Pagar a la Madre el Subsidio por Lactancia  <b>Frecuencia de actividad : Diaria</b>	Entidad Bancaria
<b>Manejo de la Información</b>		
15	Recibir de las áreas de Aseguramiento o de las UPE de Lima, respetivamente, los formularios 8011 presentados por los beneficiarios que solicitaron el subsidio por lactancia, para centralizarlos y remitirlos al área de Tesorería antes de la fecha de pago.  <b>Frecuencia de actividad : Un día antes de la fecha de pago, según Cronograma</b>	Jefe UPE (Provincias) Responsable Proceso Automatizado SGRPE (Lima)
16	Devolver a la cuenta bancaria de EsSalud, transcurridos los 20 días hábiles de emitidos, el monto de las órdenes de pago no cobradas por los beneficiarios, remitiendo la información correspondiente a la Gerencia de Tesorería.	Entidad Bancaria
17	17.1 Recibir de la entidad bancaria, la información de órdenes de pago de subsidio por lactancia cobrada, así como de la información de órdenes de pago anuladas por vencimiento en cartera.  17.2 Anular las órdenes de pago devueltas por el Banco (vencimiento en cartera) y comunicar a la Gerencia de Contabilidad  <b>Frecuencia de actividad : Según fechas de devolución del banco.</b>	Gerencia de Tesorería
18	Verificar y anular el gasto; comunicar a la Gerencia de Prestaciones Económicas  <b>Frecuencia de actividad : Según fechas de devolución del banco.</b>	Gerencia de Contabilidad
<b>Control Posterior Automatizado</b>		
19	19.1 Monitorear la ejecución programada del proceso automatizado (autorizado por la Gerencia de Prestaciones Económicas) que verifica con la información actualizada del sistema de aseguramiento (ACREDITA), que los subsidios de lactancia otorgados cumplan los siguientes criterios de validación: - Vínculo laboral al momento del nacimiento del lactante (2 meses después de la fecha de nacimiento). - Condición de reembolso de las entidades empleadoras al mes de nacimiento del lactante (2 meses después de la fecha de nacimiento).	Gerencia Central de Tecnología de la Información y Comunicaciones (GCTIC)





	19.2 Remitir a la Sub Gerencia de Regulación de Prestaciones Económicas los resultados del proceso automatizado masivo, según estructura de datos establecida  <b>Frecuencia de actividad : Mensual</b>	
20	Generar las liquidaciones de cobranza para la reversión de gasto y/o recupero de pagos indebidos.  <b>Frecuencia de actividad : Mensual</b>	Responsable Proceso Automatizado SGRPE
21	Remitir los registros y liquidaciones de cobranza a la Sub Gerencia de Cobranzas y Transferencias para el recupero institucional.  <b>Frecuencia de actividad : Diaria</b>	Responsable Proceso Automatizado SGRPE
22	Realizar las acciones que corresponda para lograr el recupero institucional.  <b>Frecuencia de actividad : Diaria</b>	Sub Gerencia de Cobranzas y Transferencias -GCGF-
23	En caso de expedientes anulados por vencimiento en cartera, la rehabilitación se realizará previa solicitud del beneficiario, y será rehabilitado para su pago en una nueva emisión.	Gerencia Prestaciones Económicas



**11.2 FORMULARIO 8011 "SOLICITUD DE SUBSIDIO POR LACTANCIA"**

 <b>FORMULARIO</b> <b>8011</b>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>SOLICITUD DE PAGO POR LACTANCIA</b> </div>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2">Tabla N° 01</th> </tr> <tr> <th>TIPO</th> <th>DOCUMENTO</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>DNI</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Carné de extranjería</td> </tr> </table>	Tabla N° 01		TIPO	DOCUMENTO	1	DNI	2	Carné de extranjería		
Tabla N° 01												
TIPO	DOCUMENTO											
1	DNI											
2	Carné de extranjería											
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">A llenar por ESSALUD</div>												
<b>I. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR</b>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">N° Exped.</td> <td style="width: 50%;">Fecha pago</td> </tr> </table>	N° Exped.	Fecha pago								
N° Exped.	Fecha pago											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Apellido Paterno</td> <td style="width: 33%;">Apellido Materno</td> <td style="width: 34%;">Nombres</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres							
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Documento de Identidad</th> <th>Tipo</th> <th>Número</th> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">(ver Tabla N° 01)</td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		Documento de Identidad	Tipo	Número	(ver Tabla N° 01)			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Asegurado titular Cuenta con Vínculo Laboral a la fecha de nacimiento de su menor hijo (marcar con X)</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">SI</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Asegurado titular Cuenta con Vínculo Laboral a la fecha de nacimiento de su menor hijo (marcar con X)	SI		
Documento de Identidad	Tipo	Número										
(ver Tabla N° 01)												
Asegurado titular Cuenta con Vínculo Laboral a la fecha de nacimiento de su menor hijo (marcar con X)	SI											
<b>II. DATOS DE LA MADRE (NO llenar en caso de ser Asegurada Titular)</b>												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Apellido Paterno</td> <td style="width: 33%;">Apellido Materno</td> <td style="width: 34%;">Nombres</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres							
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Documento de Identidad</th> <th>Tipo</th> <th>Número</th> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">(ver Tabla N° 01)</td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		Documento de Identidad	Tipo	Número	(ver Tabla N° 01)			<b>III. MONTO A SUBSIDIAR</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">SI</td> </tr> </table>	SI			
Documento de Identidad	Tipo	Número										
(ver Tabla N° 01)												
SI												
<b>IV. DATOS DEL RECIEN NACIDO (Consignar N° CUI cuando CNV es manual)</b>												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Fecha Nacimiento</th> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> <th>N° CUI</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		Fecha Nacimiento	DIA	MES	AÑO	N° CUI						<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 100px;"> <p style="text-align: center;">Firma del Asegurado Titular ( ) ó Madre Derechohabiente ( ) ó Tutor ( )</p> </div>
Fecha Nacimiento	DIA	MES	AÑO	N° CUI								
<b>V. CORREO ELECTRONICO PARA NOTIFICACIONES</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>												
<b>VI. CASOS ESPECIALES (Marcar con X)</b>												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Seguro Potestativo</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>Agrario Independiente</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Madre Fallecida</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Madre Menor de Edad</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Madre Incapaz</td> <td></td> </tr> </table>		Seguro Potestativo		Agrario Independiente		Madre Fallecida		Madre Menor de Edad		Madre Incapaz		<b>DECLARACIÓN JURADA</b> Declaro bajo juramento que los datos consignados en el presente documento son verdaderos, sujetándome a verificación posterior y a las sanciones administrativas y pecuniarias a que hubiere lugar
Seguro Potestativo												
Agrario Independiente												
Madre Fallecida												
Madre Menor de Edad												
Madre Incapaz												
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">NO SE ACEPTAN BORRONES NI ENMENDADURAS</div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PRESTACIONES ECONOMICAS / USUARIO</div>										



## RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N° 1290

-GG-ESSALUD-2018

Lima, 28 de agosto de 2018

### VISTOS:

La Carta N° 2776-GCSPE-ESSALUD-2018 e Informe Técnico N° 01-GPE-GCSPE-ESSALUD-2018, de la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas; la Carta N° 3603-GCPP-ESSALUD-2018 e Informe Técnico N° 081-GOP-GCPP-ESSALUD-2018 y la Carta N° 3145-GCAJ-ESSALUD-2018 e Informe N° 319-GNAAGCAJ-ESSALUD-2018, de la Gerencia Central de Asesoría Jurídica, y;

### CONSIDERANDO:

Que, de conformidad a lo establecido en el numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, ESSALUD tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que correspondan al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, de acuerdo al literal e) del artículo 2° de la Ley N° 27056, ESSALUD tiene por función formular y aprobar sus reglamentos internos, así como otras normas que le permitan ofrecer sus servicios de manera ética, eficiente y competitiva;

Que, mediante Resolución de Gerencia General N° 1806-GG-ESSALUD-2017, se aprobó la Directiva N° 002-GG-ESSALUD-2017 V.01, "Normas para la Formulación, Aprobación, Publicación y Actualización de Directivas en ESSALUD", con el objetivo de establecer las normas y procedimientos para la formulación, aprobación, publicación y actualización de las directivas que rigen la gestión de ESSALUD;

Que, el numeral b.1) del literal b) "Subsidios por maternidad y lactancia" del artículo 12° de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, señala que tienen derecho a subsidios por maternidad y lactancia, las afiliadas regulares en actividad que cumplan con los requisitos establecidos en el primer párrafo del artículo 10° de dicha Ley, referido al derecho de cobertura;

Que, el numeral b.3) del literal b) del citado artículo, establece que: "El subsidio por lactancia se otorga conforme a la normatividad vigente. El derecho a subsidio prescribe a los seis meses contados desde la fecha en que dejó el período de incapacidad o el período máximo postparto. Los afiliados potestativos podrán tener derecho a subsidios económicos de acuerdo a lo que establezca el reglamento";

Que, el artículo 17° del Reglamento de la Ley N° 26790, aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA y su modificatoria, señala que 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, precisando que en caso de parto múltiple se reconoce un subsidio adicional por cada hijo;

Que, con Acuerdo de Consejo Directivo N° 58-14-ESSALUD-2011, se aprobó el "Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas", el cual en el literal e) de su artículo 1° define como Subsidio por Lactancia al monto en dinero que se otorga como consecuencia del nacimiento del hijo del asegurado o asegurada titular, con el objeto de contribuir al cuidado del recién nacido, añadiendo que se otorga a la madre y en caso de fallecimiento de ésta o comprobarse el estado de abandono del recién nacido se otorga a la persona o entidad que lo tuviera a su cargo;

**RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N° 1290****-GG-ESSALUD-2018**

Que, el artículo 13° del citado Reglamento establece que para el pago de las prestaciones económicas directamente por ESSALUD, entre las que se encuentra los subsidios por lactancia, se deberá presentar una solicitud de prestaciones económicas y demás documentación complementaria en la forma, plazo y condiciones que establezca la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas, y apruebe la Gerencia General;

Que, el numeral 2 del Acuerdo de Consejo Directivo N° 58-14-ESSALUD-2011 faculta al Gerente General a dictar las normas y procedimientos que permitan dar cumplimiento a dicho Acuerdo;

Que, mediante Resolución de Gerencia General N° 619-GG-ESSALUD-2012 se aprobó la Directiva N° 08-GG-ESSALUD-2012, "Normas Complementarias al Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas", estableciendo en su numeral 7.1.3 los requisitos para solicitar el subsidio por lactancia; en su numeral 8.2 las disposiciones relativas a la oportunidad para el pago, monto y situaciones especiales sobre subsidio por lactancia; y, en su numeral 12.4 las disposiciones relativas a la prestación por lactancia sobre asegurados potestativos; disposiciones que fueron dejadas sin efecto con Resolución de Gerencia General N° 956-GG-ESSALUD-2015, que aprobó la Directiva N° 003-GG-ESSALUD-2015, "Pago de Subsidio por Lactancia";

Que, el artículo 139° del Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud - ESSALUD, aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015 y sus modificatorias, establece que la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas es el órgano encargado de proponer las políticas, normas y estrategias de aseguramiento, así como gestionar los procesos relacionados al régimen contributivo de la Seguridad Social y otros seguros de riesgos humanos. Así también, controla el otorgamiento de las prestaciones económicas;

Que, en el literal h) del referido artículo se señala como una de sus funciones, el elaborar y evaluar las normas y procedimientos para el otorgamiento, evaluación y auditoría de las prestaciones económicas a los asegurados, determinar y proponer el presupuesto para dichas prestaciones, así como ejecutar acciones de auditoría y fiscalización posterior y disponer las medidas correctivas;

Que, con Carta e Informe de Vistos, la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas remite a la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, el proyecto de Directiva "Pago de Subsidio por Lactancia", el cual tiene como objetivo establecer disposiciones, normas y procedimientos que regulen el pago del subsidio por lactancia, a través de un proceso automatizado, que permita brindar la prestación económica de manera confiable y oportuna, con la finalidad de estandarizar los criterios para el procedimiento del pago del subsidio por lactancia, en concordancia con los principios de celeridad, simplicidad y eficacia del procedimiento administrativo, así como políticas de modernización del Estado;

Que, en el referido Informe Técnico, se señala que el nuevo procedimiento para el pago del subsidio de lactancia de oficio que se propone generará beneficios como: i) cero trámites y cero papeles, ii) oportunidad en la entrega de subsidio, iii) mayor comodidad: cobro en la agencia del banco más cercano al domicilio del beneficiario, iv) se hace más fácil el cuidado del recién nacido, v) procesos más eficientes y ágiles, vi) descongestiona las Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas (OSPES) y vii) ahorro institucional representado por el menor número de horas hombre dedicadas al proceso. Asimismo, se explica el pago a pedido de parte en el cual se requiere la presentación de solicitud contenida en la propuesta de Directiva;

**RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N° 1290****-GG-ESSALUD-2018**

Que, mediante Carta e Informe de Vistos, la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto manifestó con relación a la citada propuesta de Directiva, en el marco de la Directiva N° 002-GG-ESSALUD-2017 V.01, que se han implementado las observaciones señaladas en el Informe Técnico N° 081-GOP-GCPP-ESSALUD-2018, por lo que deriva la referida propuesta a la Gerencia Central de Asesoría Jurídica, para la emisión de la opinión legal correspondiente;

Que, con Carta e Informe de Vistos, la Gerencia Central de Asesoría Jurídica encuentra viable la aprobación del proyecto de Directiva "Pago de Subsidio por Lactancia", al encontrarse elaborada en concordancia con la Directiva N° 002-GG-ESSALUD-2017 V.01, "Normas para la Formulación, Aprobación, Publicación y Actualización de Directivas en ESSALUD"; siendo el sustento de su contenido técnico competencia de la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas, de acuerdo a las funciones establecidas en el Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones de ESSALUD;

Que, conforme a lo señalado en el literal b) del artículo 9° de la Ley N° 27056, es competencia del Gerente General dirigir el funcionamiento de la Institución, emitir las directivas y los procedimientos internos necesarios, en concordancia con las políticas, lineamientos y demás disposiciones del Consejo Directivo y del Presidente Ejecutivo;

Con los vistos de las Gerencias Centrales de Seguros y Prestaciones Económicas, de Tecnologías de Información y Comunicaciones, de Prestaciones de Salud, de Gestión Financiera, de Planeamiento y Presupuesto y de Asesoría Jurídica;

Estando a lo propuesto y en uso de las atribuciones conferidas;

**SE RESUELVE:**

1. **APROBAR** la Directiva N° 07-GCSPE-ESSALUD-2018, "Pago de Subsidio por Lactancia", que en Anexo forma parte integrante de la presente Resolución.
2. **DEJAR SIN EFECTO** la Directiva N° 003-GG-ESSALUD-2015, "Pago de Subsidio por Lactancia", aprobada por Resolución de Gerencia General N° 956-GG-ESSALUD-2015 y toda disposición normativa interna que se oponga a la citada Directiva.
3. **DISPONER** que la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas se encargue de la implantación, actualización, supervisión y asesoría técnica a nivel nacional de la Directiva aprobada por la presente Resolución.
4. **DISPONER** que los Órganos Centrales, Órganos Desconcentrados, Órganos Prestadores Nacionales, así como las Redes Asistenciales que conforman el Seguro Social de Salud – ESSALUD, en el ámbito de sus competencias, adopten las acciones que resulten necesarias para la difusión, implementación y cumplimiento de la Directiva aprobada por la presente Resolución.
5. **ENCARGAR** a la Secretaría General la publicación de la presente Resolución en el Compendio Normativo del Seguro Social de Salud – ESSALUD.

**REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.**

  
ALFREDO R. BARREDO MOYANO  
GERENTE GENERAL  
ESSALUD

**"PAGO DE SUBSIDIO POR LACTANCIA"**

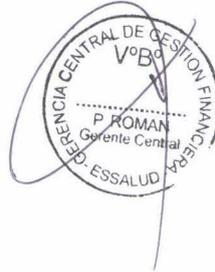


	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA Y V°B°
Elaborado por:	Hernán Francisco Ramos Romero	Gerente Central de Seguros y Prestaciones Económicas		
Revisado por:	Cesar Carreño Díaz	Gerente Central de Prestaciones de Salud		
Revisado por:	Cesar Carreño Díaz	Gerente Central de Operaciones		
Revisado por:	Yolanda Falcón Lizaraso	Gerente Central de Atención al Asegurado		
Revisado por: (Opinión Técnica)	William Cuba Arana	Gerente Central de Planeamiento y Presupuesto		
Revisado por:	Publio Román Maldonado	Gerente Central de Gestión Financiera		
Revisado por:	Javier Alfaro Pizarro	Gerente Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones		
Revisado por:	Aníbal Calderón Vallejo	Gerencia Central de Asesoría Jurídica		
Aprobado por:	Alfredo Barredo Moyano	Gerente General		



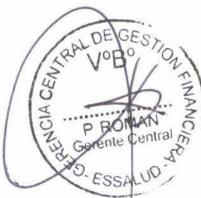
CONTROL DE CAMBIOS

N°	ÍTEMS	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	VERSIÓN	FECHA DE VIGENCIA
1		Versión inicial del documento	01	



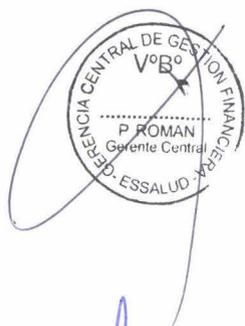
**DIRECTIVA DE GERENCIA GENERAL N° 007 -GCSPE-ESSALUD-2018**  
**“PAGO DE SUBSIDIO POR LACTANCIA”**

	Pág.
<b>I. OBJETIVO</b>	<b>5</b>
<b>II. FINALIDAD</b>	<b>5</b>
<b>III. BASE LEGAL</b>	<b>5</b>
<b>IV. AMBITO DE APLICACIÓN</b>	<b>7</b>
<b>V. RESPONSABILIDAD</b>	<b>7</b>
<b>VI. DEFINICIONES</b>	<b>8</b>
<b>VII. DISPOSICIONES</b>	<b>9</b>
<b>7.1 DISPOSICIONES GENERALES</b>	<b>9</b>
7.1.1 Concepto y condiciones	9
7.1.2 Plazo para la solicitud del subsidio por lactancia	9
7.1.3 Forma de pago	9
7.1.4 Vencimiento en cartera y rehabilitación de pago	9
7.1.5 Evaluación del comportamiento de pago de entidades empleadoras	9
7.1.6 Modalidades de pago	10
7.1.6.1 Pago de oficio	10
7.1.6.1.1 Asegurados y derechohabientes comprendidos	10
7.1.6.2 Pago a solicitud de parte	10
7.1.6.2.1 Asegurados comprendidos	10
7.1.7 Autorización y Habilitación de Fondos para el pago de subsidios	10
7.1.8 Documentación de sustento	11
7.1.9 Recupero de subsidios otorgados a trabajadores de entidades empleadoras en condición de Reembolso (Reversión de gasto)	11
7.1.10 Control concurrente y posterior	11
7.1.10.1 Control previo y concurrente	11
7.1.10.2 Control posterior	11
<b>7.2 DISPOSICIONES ESPECIFICAS</b>	<b>12</b>
<b>7.2.1 Pago de oficio</b>	<b>12</b>
7.2.1.1 Admisibilidad de gestantes	12
7.2.1.2 Uso del sistema de registro del certificado de nacido vivo en línea	12
7.2.1.3 Orientación a madres de recién nacidos con derecho al subsidio por lactancia de oficio	12
7.2.1.4 Extracción de información del SRNVL	12
7.2.1.5 Calificación automatizada bajo la modalidad de pago de oficio	12
7.2.1.6 Divulgación WEB del pago a madres beneficiarias	13



<b>7.2.2</b>	<b>Pago a solicitud de parte</b>	<b>13</b>
7.2.2.1	Requisitos	13
7.2.2.2	Lugar de presentación	13
7.2.2.3	Validación de solicitudes	13
7.2.2.4	Recepción de solicitud	14
7.2.2.5	Calificación automatizada de solicitudes	14
7.2.2.6	Casos y situaciones especiales para el otorgamiento	14
7.2.2.7	Recepción y calificación manual de solicitudes	15
7.2.2.8	Divulgación WEB del estado del trámite a madres beneficiarias	15

<b>VIII. ANEXOS</b>		<b>15</b>
Anexo N° 1	Procedimiento "Pago de Subsidio por Lactancia"	16
Anexo N° 2	Flujograma	21



**DIRECTIVA DE GERENCIA GENERAL N° 007 -GCSPE-ESSALUD-2018**  
**"PAGO DE SUBSIDIO POR LACTANCIA"**

**I. OBJETIVO**

Establecer disposiciones, normas y procedimientos que regulen el pago del subsidio por lactancia, a través de un proceso automatizado, que permita brindar la prestación económica de manera confiable y oportuna.

**II. FINALIDAD**

Estandarizar los criterios metodológicos para el procedimiento del pago del subsidio por lactancia, en concordancia con los principios de celeridad, simplicidad y eficacia del procedimiento administrativo, así como políticas de modernización del estado.

**III. BASE LEGAL**

- 3.1. Ley N° 26790 - Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y sus respectivas modificatorias.
- 3.2. Reglamento de la Ley N° 26790, aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA y sus modificatorias.
- 3.3. Ley N° 27056 - Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD).
- 3.4. Ley N° 27658 – Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
- 3.5. Ley N° 27785 – Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República.
- 3.6. Ley N° 28791 – Ley que establece modificaciones a la Ley N° 26790.
- 3.7. Reglamento de la Ley N° 28791, aprobado por Decreto Supremo N° 020-2006-TR
- 3.8. Ley N° 27177 – Ley que incorpora como afiliados regulares del Seguro Social de Salud a los pescadores y procesadores pesqueros artesanales independientes.
- 3.9. Reglamento de la Ley N° 27177, aprobado por Decreto Supremo N° 002-2000-TR.
- 3.10. Ley N° 27360 – Ley que aprueba las Normas de Promoción del Sector Agrario.
- 3.11. Reglamento de la Ley N° 27360, aprobado por Decreto Supremo N° 049-2002-AG.
- 3.12. Decreto Supremo N° 026-2000-AG – Modifica el inciso c) del Art. 13° del Reglamento de la Ley de Promoción del Sector Agrario, adicionando el subsidio por lactancia.
- 3.13. Ley N° 27866 – Ley del Trabajo Portuario.
- 3.14. Decreto Supremo N° 013-2004-TR – Texto Único Ordenado del Reglamento de la Ley del Trabajo Portuario.
- 3.15. Decreto Supremo N° 003-2000-EF, Regulan disposiciones tributarias referidas a la declaración, pago, recaudación y control de contribuciones administradas por la ONP y ESSALUD.
- 3.16. Ley N° 28320 – Ley que amplía el plazo a que se refiere el inciso a) del artículo 3° de la Ley N° 28193, Ley que proroga el plazo de vigencia del Comité Especial Multisectorial de Reestructuración de la Caja de Beneficios y Seguridad Social del Pescador.
- 3.17. Reglamento de la Ley N° 28320, aprobado por Decreto Supremo N° 005-2005-TR y modificado mediante Decreto Supremo N° 005-2006-TR.
- 3.18. Decreto Legislativo N° 1057 que Regula el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios.
- 3.19. Reglamento del D. Legislativo N° 1057, aprobado mediante Decreto Supremo N° 075-2008-PCM.
- 3.20. Ley N° 26842 – Ley General de Salud.
- 3.21. Decreto Supremo N° 030-2002-PCM (Reglamento de la Ley N° 27658).



- 3.22. Decreto Supremo N° 096-2007-PCM, que regula la fiscalización posterior aleatoria de los procedimientos administrativos por parte del Estado.
- 3.23. Decreto Legislativo N° 1172, que establece medidas para cautelar el cumplimiento de las normas a la seguridad social en salud y la obligación de informar del trabajador.
- 3.24. Decreto Legislativo N° 295, que aprueba el Código Civil.
- 3.25. Decreto Supremo N° 003-98-SA que aprueba las Normas Técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.
- 3.26. Decreto Supremo N° 163-2005-EF, que establece procedimiento para que ESSALUD realice el pago del subsidio por incapacidad temporal y maternidad directamente en la cuenta bancaria del trabajador del Sector Público.
- 3.27. Decreto de Urgencia N° 002-2006, que autoriza modificaciones al Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2006 - Ley N° 28652 y dictan disposiciones relativas a la ejecución presupuestaria y otras medidas.
- 3.28. Decreto Supremo N° 066-2011-PCM, que aprueba el "Plan de Desarrollo de la Sociedad de Información en el Perú, la agenda digital peruana 2.0".
- 3.29. Directiva N° 14-GG-ESSALUD-2009 "Normas y lineamientos para ejecutar la Fiscalización Posterior en los procedimientos administrativos sujetos a aprobación automática o a aprobación previa previstos en el TUPA-ESSALUD", aprobado por Resolución de Gerencia General N° 1236- GG-ESSALUD-2009.
- 3.30. Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 656-PE-ESSALUD-2014 y modificado por Resoluciones de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015, N° 141-PE-ESSALUD-2016, N° 310-PEESSALUD-2016, N° 328-PE-ESSALUD-2016, N° 394-PE-ESSALUD-2016, N° 055-PE-ESSALUD-2017, N° 142- PE-ESSALUD-2017, N° 347-PE-ESSALUD-2017 y 539-PE-ESSALUD-2017 y Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 125-PE-ESSALUD-2018, precisada por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 222-PE-ESSALUD-2018.
- 3.31. Acuerdo de Consejo Directivo N° 58-14-ESSALUD-2011 que aprueba el Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas.
- 3.32. Resolución Gerencial N° 001-2012/GOR/RENIEC, que aprueba el Formulario de Nacido Vivo de emisión manual y en línea.
- 3.33. Resolución Ministerial N° 148-2012/MINSA, que aprueba la Directiva N° 190-MINSA-OGEI-V.01, que establece el procedimiento para el registro del certificado de nacido vivo.
- 3.34. Resolución de Gerencial General N° 1436-GG-ESSALUD-2013, que dispone la implementación del Registro en Línea del Certificado de Nacido Vivo en los Centros Asistenciales del Seguros Social de Salud – ESSALUD.
- 3.35. Directiva N° 008-GG-ESSALUD-2012 "Normas Complementarias al Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas", aprobada mediante Resolución de Gerencia General N° 619-GG-ESSALUD-2012.
- 3.36. Resolución de Gerencia General N° 1380-GG-ESSALUD-2017, que modifica la Directiva N° 008-GG-ESSALUD-2012, en su numeral 7.1.1., eliminando el literal d) y modificando el literal e).
- 3.37. Resolución de Gerencia General N° 875-GG-ESSALUD-2015, que dispone la implementación de manera progresiva la "Ventanilla de Atención al Usuario".
- 3.38. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 601-PE-ESSALUD-2015 que modifica el artículo 193° sobre la naturaleza de la Gerencia Red Desconcentrada y aprueba el Modelo de Organizaciones de las Gerencias Desconcentradas de Lima y Callao.
- 3.39. Resolución Ministerial N° 004-2016-PCM, que aprueba el uso obligatorio de la Norma Técnica Peruana "NTP ISO/IEC 27001:2014 Tecnología de la Información. Técnicas de Seguridad. Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información. Requisitos. 2ª Edición", en todas las entidades integrantes del Sistema Nacional de Informática.
- 3.40. Decreto Legislativo N° 1246 que aprueba diversas medidas de simplificación administrativa.



- 3.41. Decreto Legislativo N° 1254 - Decreto legislativo que autoriza la transferencia de programas sociales mediante decreto supremo.
- 3.42. Decreto Legislativo N° 1310, que aprueba medidas adicionales de simplificación administrativa.
- 3.43. Decreto Supremo N° 006-2017-JUS, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General.

#### **IV. AMBITO DE APLICACION**

La presente directiva es de aplicación obligatoria para las entidades empleadoras, asegurados regulares, agrarios, pesqueros, portuarios, bajo el régimen de contrato administrativo de servicio-CAS, potestativos, y otros asegurados que se determinen por Ley o Acuerdo de Consejo Directivo; así como para los servidores de los Órganos Centrales, Desconcentrados y Prestadores Nacionales de EsSalud, respecto a los procesos relacionados con el pago del subsidio por lactancia.

#### **V. RESPONSABILIDAD**

Son responsables del cumplimiento de la presente Directiva, dentro del campo de su competencia, los servidores de los siguientes órganos centrales:

##### **5.1 Gerencia Central de Prestaciones de Salud.**

Es responsable de monitorear y evaluar el cumplimiento de las políticas, normas y procedimientos relacionados con la admisibilidad de las madres parturientas y del registro en el sistema de registro del certificado de nacido vivo en línea SRNVL, inmediatamente después de ocurrido el nacimiento, en los establecimientos de salud (IPRESS) de las redes desconcentradas.

##### **5.2 Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas.**

Es responsable de la ejecución y control de los procesos de afiliación, acreditación, y vínculo laboral de los asegurados; realizar los procesos de control posterior sobre el otorgamiento de los subsidios de lactancia; garantizar la disponibilidad de la información de carácter extrainstitucional, que sea necesaria para la ejecución de los procesos; así como gestionar la habilitación de fondos para el pago de los subsidios.

##### **5.3 Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones.**

Es responsable del desarrollo del sistema automatizado de pago del subsidio de lactancia, y de extracción de la información que permita la calificación automatizada de las solicitudes de subsidios y divulgación de la información del pago al administrado a través de la página web de ESSALUD. Igualmente, del monitoreo y operatividad de la plataforma de seguros y prestaciones económicas; así como de la ejecución del proceso centralizado de prestaciones económicas.

##### **5.4 Órganos Prestadores Nacionales, Redes Asistenciales y Redes Desconcentradas**

Son responsables del proceso de verificación de identidad de las madres cuyo parto se da en los centros asistenciales de su jurisdicción, y de supervisar el correcto y oportuno registro de los recién nacidos en el sistema de registro del certificado de nacido vivo – RENIEC.

Asimismo, son responsables de la custodia de los documentos de sustento del gasto generados en su jurisdicción; además del recupero de los subsidios a empleadores en condición de reembolso y de subsidios pagados indebidamente

##### **5.5 Gerencia Central de Atención al Asegurado**

Es responsable del proceso de recepción, admisibilidad y de su registro en el sistema automatizado de lactancia; así como de la derivación de las solicitudes conformes, observadas y casos especiales, a las oficinas de seguros y prestaciones económicas.

##### **5.6 Gerencia Central de Gestión Financiera**

Es responsable de organizar y gestionar todas las acciones relacionadas con operaciones de flujo monetario, como transferir fondos a entidades bancarias, a fin de cumplir con las



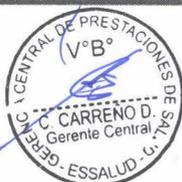
obligaciones de pago en concordancia con las políticas, lineamientos y demás disposiciones del Consejo Directivo y del Presidente Ejecutivo.

### 5.7 Oficina de Relaciones Institucionales.

Es responsable de autorizar el proceso de divulgación a las madres beneficiarias del pago del subsidio de lactancia, a través de la página web de ESSALUD.

## VI. DEFINICIONES

- 6.1. **Recién nacido:** niño(a) desde el parto hasta 28 días después, período en el cual requiere de alimentación y atenciones adecuadas con el fin de aumentar sus probabilidades de supervivencia y construir los cimientos de una vida con buena salud.
- 6.2. **Certificado de nacido vivo:** es el documento público, probatorio de la ocurrencia del nacimiento del(a) recién nacido(a), emitido obligatoriamente por el personal de salud que atendió o constató el parto a través del sistema de información de nacimientos.
- 6.3. **Empleador con Indicador de Reembolso:** condición que adquiere una Entidad Empleadora como consecuencia del incumplimiento de la obligación de declarar y pagar las contribuciones a ESSALUD en forma oportuna y total.
- 6.4. **Periodo máximo postparto:** periodo de noventa y ocho (98) días para partos comunes y de ciento veintiocho (128) días para partos múltiples.
- 6.5. **Sistema de aseguramiento (SAS):** sistema automatizado de aseguramiento en plataforma WEB, al cual acceden usuarios de la plataforma de aseguramiento, haciendo uso de las credenciales necesarias (usuario y clave).
- 6.6. **Sistema integral de aseguramiento (SIA):** sistema automatizado de aseguramiento, al cual acceden usuarios de la plataforma de aseguramiento, haciendo uso de las credenciales necesarias (usuario y clave).
- 6.7. **Información básica (IB):** información primaria de la madre y del lactante que es registrado en el sistema de registro del certificado de nacido vivo.
- 6.8. **Información complementaria (IC):** información obtenida de manera automatizada del sistema de aseguramiento (SAS) en base a la información básica (IB), con el fin de incorporarla a la trama del subsidio por lactancia.
- 6.9. **Información autogenerada (IA):** información que el Sistema debe generar en forma automática, con relación al procesamiento del subsidio por lactancia.
- 6.10. **Sistema de registro del certificado de nacido vivo en línea (SRNVL):** Sistema WEB elaborado por el Ministerio de Salud y el Registro Nacional de Identidad y Estado Civil (RENIEC), que registra los nacimientos ocurridos en el país, con controles de seguridad para la identificación de la madre y el personal de salud, expidiendo el certificado de nacido vivo que constituye documento sustentatorio para la inscripción del nacimiento ante la RENIEC, el mismo que será utilizado para el pago de oficio del subsidio por lactancia.
- 6.11. **Trama de subsidio por lactancia (TSL):** Tabla de datos que se genera con la información básica (IB), información complementaria (IC), información autogenerada (IA), con el fin de ser incorporada en forma automatizada al sistema de subsidios, lo cual servirá para el proceso de registro contable y pago del subsidio.
- 6.12. **Formulario 1010:** Formulario Único de Seguros y Prestaciones Económicas, utilizado para el registro de asegurados titulares y derechohabientes (inscripción, actualización y/o modificación de datos y bajas) de los diferentes seguros que administra EsSalud, así como para solicitar el derecho especial de cobertura por desempleo (Latencia).



Asimismo, el formulario es utilizado para solicitar el pago directo de las prestaciones de Lactancia, Sepelio, Maternidad o Incapacidad, así como los reembolsos de las prestaciones económicas de maternidad o incapacidad de corresponder.

**6.13. Control Posterior:** Identificar probables cobros indebidos de prestaciones económicas por parte de los asegurados o beneficiarios, mediante el uso de información y/o documentación falsa o fraudulenta, así como vulneración del principio de "Presunción de Veracidad" que EsSalud aplica para la evaluación del derecho.

**VII. DISPOSICIONES**

**7.1 DISPOSICIONES GENERALES**

**7.1.1 Concepto y condiciones**

El pago del subsidio por lactancia es un beneficio que otorga ESSALUD a la madre del hijo recién nacido vivo de un asegurado titular con la finalidad de contribuir a su cuidado, por el monto de ochocientos veinte y 00/100 soles (S/.820.00), que se encuentra definido por el Consejo Directivo de ESSALUD. En caso de parto múltiple el subsidio por lactancia será abonado por cada recién nacido vivo.

Para tener derecho a este beneficio, el asegurado titular debe tener derecho de cobertura y vínculo laboral al momento del nacimiento de su menor hijo, quien debe estar registrado en el sistema de registro del certificado de nacido vivo en línea (SRNVL) de RENIEC y/o en su defecto el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil.

**7.1.2 Plazo para la solicitud del subsidio por lactancia**

El plazo es a partir del nacimiento del lactante hasta un plazo máximo de seis meses contados desde la fecha en que culmina el periodo máximo postparto.

**7.1.3 Forma de pago**

El pago se ejecutará a través de las agencias bancarias con las cuales ESSALUD tiene el convenio correspondiente. Para hacer efectivo el cobro, la beneficiaria o representante se acercará mostrando su documento de identidad nacional y/o poder correspondiente.

**7.1.4 Vencimiento en cartera y rehabilitación de pago**

La orden de pago del subsidio por lactancia se encontrará a disposición de la beneficiaria por 20 días hábiles en cualquier agencia de las entidades bancarias a nivel nacional con las cuales ESSALUD tenga el convenio correspondiente para el cobro respectivo, luego del cual, dicha orden de pago será devuelta al área de finanzas de ESSALUD por vencimiento en cartera, para el proceso de anulación de la provisión contable respectiva.

Al respecto, el asegurado titular podrá solicitar la reactivación del pago, presentando una solicitud por escrito (modelo en la página web de ESSALUD) en las plataformas de atención al asegurado a nivel nacional, la cual es derivada a la Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas para el trámite correspondiente.

**7.1.5 Evaluación del comportamiento de pago de entidades empleadoras**

Para la evaluación del cumplimiento de las declaraciones y pagos de las entidades empleadoras, se tomarán en cuenta los criterios de evaluación previstos para cada régimen específico.

En los casos que las Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas (en adelante "OSPE") identifiquen el incumplimiento de las citadas declaraciones y pagos (entidad empleadora con indicador de reembolso), continuarán con el proceso de otorgamiento del subsidio por lactancia a los asegurados incursos; e iniciarán ante la Gerencia Central de Finanzas o a las oficinas de finanzas de su jurisdicción, según corresponda, el proceso de exigir al empleador el reembolso del subsidio (reversión de gasto).



**7.1.6 Modalidades de pago**

**7.1.6.1 Pago de oficio**

**7.1.6.1.1 Asegurados y derechohabientes comprendidos**

Las aseguradas titulares, derechohabientes y madres beneficiarias, afiliados al Seguro Regular y Seguro Agrario, considerados para el otorgamiento del subsidio de oficio por lactancia, registrados como tal y con derecho de cobertura, son los siguientes:

- a) Aseguradas titulares en condición de trabajadoras dependientes, trabajadoras en calidad de socios de cooperativa de trabajadores y pensionistas (jubilación, incapacidad y sobrevivencia).
- b) Derechohabientes cónyuges o concubinas de asegurados titulares, registradas en los sistemas de aseguramiento.
- c) Madres beneficiarias, gestantes de hijos de asegurados titulares, registradas como tal en los sistemas de aseguramiento.

Quienes no califiquen en esta modalidad, podrán acercarse a la plataforma de atención al asegurado, ubicadas en las Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas (OSPE), y procederán a solicitar el subsidio bajo la modalidad de “Solicitud de Parte”.

**7.1.6.2 Pago a solicitud de parte**

**7.1.6.2.1 Asegurados comprendidos**

Para quienes no califiquen bajo la modalidad de Pago de Oficio desarrollada en el punto 7.1.6.1., por no figurar con derecho de cobertura en el sistema automatizado, procederán a efectuar el trámite bajo modalidad de solicitud de parte.

Los asegurados considerados para el otorgamiento del subsidio por lactancia bajo esta modalidad son los siguientes:

- a) Asegurados titulares en condición de trabajadores dependientes, trabajadoras en calidad de socios de cooperativa de trabajadores.
- b) Pensionistas de Jubilación, incapacidad y sobrevivencia.
- c) Pescadores y procesadores pesqueros artesanales independientes.
- d) Trabajadores agrarios dependientes e independientes.

**7.1.7 Autorización y Habilitación de Fondos para el pago de subsidios**

Las OSPE remitirán al cierre de cada emisión, a la Subgerencia de Regulación de Prestaciones Económicas, la Resolución de Autorización de Pagos de los subsidios aprobados que incluye el subsidio por lactancia solicitados en sus respectivas Oficinas, previa realización de las acciones de control previo y concurrente que son de su competencia.

La Subgerencia de Regulación de Prestaciones Económicas, verifica los montos consignados en las resoluciones de autorización de pago emitidas por la OSPE y consolida la información.

La GCSPE solicita a la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto la habilitación Presupuestal, así como gestionar la solicitud de Transferencia de fondos a la GCGF para el pago en cada emisión.



**7.1.8 Documentación de sustento**

- Para el caso de los subsidios procesados bajo la modalidad "Pago de Oficio", documento firmado por la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas que reúne la información de las lactancias generadas por el sistema.
- Para el caso de los subsidios procesados bajo la modalidad de "Pago a solicitud de parte", el Formulario 1010 presentado por el asegurado.

En caso de "Pago de Solicitud de Parte", las OSPE entregarán a las áreas de Tesorería de cada Red Asistencial a nivel nacional, la documentación y/o información que sustenta el otorgamiento de las solicitudes de lactancia procesadas para el pago respectivo. En el caso de las OSPE de Lima, lo entregarán a la Gerencia de Tesorería de la Sede Central.

**7.1.9 Recupero de subsidios otorgados a trabajadores de entidades empleadoras en condición de Reembolso (Reversión de gasto)**

La Subgerencia de Regulación de Prestaciones Económicas (SGRPE), en periodicidad semanal, de acuerdo a la información de "EMPLEADOR CON INDICADOR DE REEMBOLSO" disponible en los sistemas de consulta institucionales, determinará en forma masiva y semi automatizada a las entidades empleadoras que se encuentren en esta condición, por la semana en que nació el lactante subsidiado, colocando a disposición de las Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas (OSPE) la información y documentación sustentatoria.

La SGRPE consolidará por cada emisión la relación de expedientes sujetos a reversión de gastos, remitiendo dicha información a vía correo electrónico a Tesorería de la sede central o redes asistenciales para la confirmación de pago, identificado el pago del subsidio de estos empleadores, y comunicará a la Gerencia de Control Contributivo y Cobranzas, para su recupero respectivo.

**7.1.10 Control concurrente y posterior****7.1.10.1 Control concurrente semiautomatizado****a) Control previo y concurrente:**

La OSPE es la encargada de realizar las funciones de verificación de los requisitos para el otorgamiento de subsidio por lactancia, con la finalidad de comprobar el cumplimiento normativo y procedimental aplicable para aquellos que se realizan presencialmente.

**b) Control concurrente semiautomatizado:**

La Subgerencia de Regulación de Prestaciones Económicas, verificará de manera masiva los expedientes procesados, mediante el cruce de información con el SAS NETI, con la finalidad de reducir posibles errores o inconsistencias y alertar a las OSPE para que realicen las acciones correctivas correspondientes, antes de efectuarse un pago.

**7.1.10.2 Control posterior**

- a) Las Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas, realizarán acciones de control posterior sobre los subsidios de lactancia procesados; verificando que cumpla los requisitos que le da el derecho al pago del subsidio.

Los pagos de lactancia que son pagados en forma contingencial, deberán ser revisados al 100% en forma mensual.

Cada OSPE a nivel nacional gestionará el recupero del subsidio cuando corresponda e informará a las Gerencia de Acceso y Acreditación del Asegurado, y a la Gerencia de Prestaciones Económicas.



- b) La Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas, a través de la Gerencia de Acceso y Acreditación del Asegurado y la Subgerencia de Gestión de las OSPE, es responsable de mantener actualizado el software de acreditación, a fin de validar el vínculo laboral del asegurado en la fecha de nacimiento del niño, así como supervisará la ejecución de las acciones de control posterior que realicen las OSPE a nivel nacional.

La Gerencia de Auditoría de Seguros y Verificación, verificará mensualmente la condición de asegurado y de los derechohabientes que dieron derecho al otorgamiento de los subsidios, garantizando que la calificación efectuada sea conforme. En los casos que se identifiquen hechos irregulares, serán informados a las OSPE para que tomen las acciones que correspondan.

- c) La Oficina de Estudios y Gestión de Riesgos de Seguro realizará estudios técnicos económicos, de siniestralidad y riesgos TRIMESTRALMENTE, en base a la información proveniente de las actividades de análisis y control realizados por las OSPE; que determinen su impacto económico, con el fin de recomendar las acciones de control que correspondan.
- d) La Gerencia de Acceso y Acreditación al Asegurado, deberá efectuar la validación del subsidio pagado mediante la forma de pago de oficio, cruzando la información de SNRVL versus la base de datos de RENIEC.

## 7.2 DISPOSICIONES ESPECIFICAS

### 7.2.1 Pago de Oficio

#### 7.2.1.1 Admisibilidad de las gestantes

Las IPRESS (Establecimientos de Salud) procederán a verificar la identidad de las gestantes, previo a su ingreso al servicio de hospitalización o emergencia, conforme las normas y procedimientos que regulan este proceso.

#### 7.2.1.2 Uso del Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea

El personal profesional de la salud que atiende o constata el nacimiento registrará los datos del nacimiento, de la madre y del recién nacido en el Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea (SRNVL), el cual es responsable del funcionamiento, buen uso y manejo del sistema, según las normas y procedimientos que regulan este proceso.

#### 7.2.1.3 Orientación a madres de recién nacidos con derecho al subsidio por lactancia de oficio

El personal del Servicio Neo Natal o el que haga sus veces de cada establecimiento de salud, informará a la madre del recién nacido sobre las características y condiciones del pago de oficio del subsidio de lactancia y la disponibilidad de información en la web de EsSalud sobre la fecha de pago; así como que las madres no comprendidas en este beneficio deberán acercarse a las plataformas de atención al asegurado a nivel nacional, para el inicio del trámite para el otorgamiento del subsidio de lactancia a solicitud de parte.

Los Establecimientos de Salud pueden solicitar capacitación o asistencia para su personal asistencial a la Gerencia de Prestaciones Económicas y/o a la OSPE de su jurisdicción.



**7.2.1.4 Extracción de información del SRNVL**

La Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones (GCTIC) a través de una tarea programada realizará una copia diaria de la información proporcionada por RENIEC del Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea, constituida por datos de la madre, del recién nacido y del establecimiento de salud, para la evaluación automatizada del derecho al otorgamiento del subsidio de lactancia bajo la modalidad de pago de oficio.

La GCTIC debe cumplir con las políticas de seguridad de información en la custodia de la base de datos del SRNVL a fin de no ser manipulada por otros que no sean los responsables (IPRESS).

**7.2.1.5 Calificación automatizada bajo la modalidad de pago de oficio.**

El derecho al subsidio será evaluado de manera automatizada en base a la información que proviene del Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea (SRNVL), administrada por RENIEC; en cuanto a la verificación de la afiliación del asegurado, vínculo familiar y acreditación se realizan desde el sistema ACREDITA – SIA, y el vínculo laboral al momento del nacimiento del lactante, será verificado en base a la información del SAS – NETI.

De ser la evaluación conforme, el pago estará disponible en un plazo de setenta y dos (72) horas hábiles contados desde la fecha del registro del nacimiento en el (SRNVL), salvo casos especiales.

**7.2.1.6 Divulgación WEB del pago a madres beneficiarias**

La información de la fecha de pago se publicará a través de la página web de ESSALUD bajo las condiciones previamente coordinadas con la Oficina de Relaciones Institucionales.

**7.2.2 Pago a solicitud de parte**

**7.2.2.1 Requisitos**

- a) Formulario 1010 firmado por el asegurado titular y/o madre o tutor del lactante, con la información requerida en dicho formulario por el cual le da el derecho al subsidio de lactancia
- b) Mostrar documento de identidad original del solicitante,

En caso la solicitud sea presentada por un tercero, se deberá adjuntar Carta Poder Simple firmada por el asegurado titular y/o madre o tutor autorizando el trámite de la solicitud de prestaciones económicas.

**7.2.2.2 Lugar de presentación**

Las solicitudes de subsidios deberán ser presentados en las plataformas de atención al asegurado, ubicadas en las OSPE a nivel nacional.

**7.2.2.3 Validación de solicitudes**

La veracidad de los datos que se consignan en el formulario 1010 será refrendada por el asegurado titular y/o beneficiario a través de su firma, la misma que será verificada por personal de las plataformas de atención al asegurado (front office) con la información registrada en la RENIEC.

Este refrendo será aceptado por ESSALUD bajo el principio de presunción de veracidad establecido en la Ley N° 27444 “Ley del Procedimiento Administrativo General”.



#### 7.2.2.4 Recepción de solicitud

El personal de la plataforma de atención al asegurado (front office) recibirá las solicitudes de lactancia, comprobando que la solicitud se encuentre debidamente llenada, verificando las firmas a través de consulta con RENIEC y el cumplimiento de la presentación de requisitos documentarios establecidos para los casos y situaciones especiales descritos en el numeral 7.2.2.6 de la presente Directiva; procediendo con su admisibilidad, y colocando el sello de recepción, consignando fecha y firma.

#### 7.2.2.5 Calificación automatizada de solicitudes

De tener los requisitos conforme, el personal de la plataforma de atención al asegurado (front office) procederá a su registro en el sistema SAS de lactancia, verificando el derecho al subsidio de manera automatizada en base a la información de los sistemas de aseguramiento disponibles (SIA – SAS), en cuanto a la afiliación, vínculo familiar, acreditación y vínculo laboral al momento del nacimiento del lactante.

De ser la calificación conforme, anotará el número de expediente, importe y la fecha de pago en el formulario 1010, entregando la copia al administrado.

El pago estará disponible en un plazo de setenta y dos (72) horas hábiles contados desde la fecha de cierre de la emisión en que se procesen las solicitudes, las que serán derivadas a la OSPE correspondiente para el proceso de compaginación y consecuente remisión de los expedientes originales al área de tesorería para su custodia.

Las solicitudes no conformes, así como los casos especiales, serán derivados al back office de las OSPE, para su calificación manual.

#### 7.2.2.6 Casos y situaciones especiales para el otorgamiento

Para el trámite de las solicitudes del subsidio por lactancia en los siguientes casos especiales, los asegurados deberán apersonarse a la Plataforma de Atención al Asegurado, presentando el formulario 1010 y la documentación que corresponda:

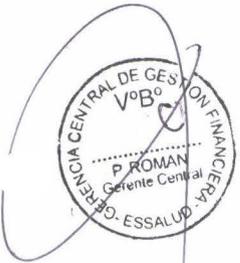
- a) **Asegurados agrarios independientes:** tienen derecho al subsidio por lactancia los hijos de asegurados titulares agrarios independientes, quienes presentarán el formulario 1010, debidamente firmado por el asegurado(a) titular, verificándose que se encuentren acreditados a la fecha de nacimiento del menor.
- b) **Asegurados potestativos (seguros independientes):** de acuerdo a términos contractuales suscritos con ESSALUD, tienen derecho a una prestación por lactancia los hijos de asegurados titulares afiliados a los planes de salud plan ampliado y plan completo de los seguros ESSALUD independiente personal y ESSALUD independiente familiar; quienes deben presentar los siguientes documentos:

- Formulario 1010 debidamente firmado por el asegurado(a) titular.
- Mostrar documento de identidad.
- En caso de fallecimiento del asegurado potestativo titular, el padre o madre sobreviviente o tutor del recién nacido deberán presentar la partida de defunción (original) del asegurado(a) fallecido y en caso del tutor, adicionalmente, el documento que acredite la tutela del niño.

En este caso, el monto de la prestación por lactancia equivale a S/. 102.50.

- c) **Madre fallecida (excepto asegurados potestativos):** cuando la madre del recién nacido, titular o derechohabiente, fallece; el padre o tutor debe presentar los siguientes documentos:

- Formulario 1010, firmado por el padre o tutor.



- En caso del tutor, deberá presentar el documento que acredite la tutela del menor y documento de identidad.

- d) **Madre incapaz (excepto asegurados potestativos):** cuando la madre es declarada incapaz, el subsidio se pagará a través del curador, quien presentará el formulario 1010 debidamente firmado y mostrará el documento que lo acredite como tal.
- e) **Madre menor de edad (excepto asegurados potestativos):** en el caso que la madre menor de edad sea soltera y sin título oficial que la autorice a ejercer una profesión u oficio, la prestación se pagará a través del padre, madre o tutor de la madre menor de edad, quien deberá mostrar el documento que lo acredite como tal. Excepcionalmente, ante la ausencia de las tres personas anteriormente mencionadas, el subsidio será pagado al asegurado (padre del lactante). En cualquiera de los casos el interesado deberá identificarse presentando su documento de identidad.
- f) **Madre extranjera:** cuando la madre del recién nacido sea extranjera, debe acreditar su carnet de extranjería para poder ejecutar el cobro del subsidio, caso contrario el subsidio se pagará a través del asegurado titular, padre o tutor del recién nacido debidamente acreditado.

### 7.2.2.7 Recepción y calificación manual de solicitudes

El personal back office de las OSPE recibirá las solicitudes no conformes, así como casos especiales derivados por el front office y procederá a la verificación del derecho al subsidio de manera manual.

De ser la calificación conforme, el pago estará disponible en un plazo de setenta y dos (72) horas hábiles contados desde la fecha de cierre de la emisión en que se procesen las solicitudes que formarán parte del proceso de compaginación y remisión al área de tesorería.

De no estar conforme procederá a la emisión de Resolución de negatoria por no corresponder o especificar los documentos faltantes para continuar el trámite.

### 7.2.2.8 Divulgación WEB del estado del trámite a madres beneficiarias

El personal back office de las OSPE informará a las madres beneficiarias los resultados de la calificación manual, a través de la página web de ESSALUD, sistema integral de administración documentaria (SIAD), según corresponda:

- a) Para las solicitudes conformes y procesadas: se indicará la fecha de pago, número del expediente y entidad bancaria para el pago. En caso de identificación con carnet de extranjería se indicará que debe acudir a la oficina de tesorería correspondiente a fin de recabar el cheque.  
Si alguna de estas solicitudes fuera anulada por revisión jefatural o control concurrente, se actualizará en el SIAD la información de tal hecho.
- b) Para las solicitudes observadas: se requerirá la documentación y/o información que permita la continuidad del trámite.
- c) Para las solicitudes sin derecho al otorgamiento del subsidio: se indicará que la resolución denegatoria respectiva se remitirá al domicilio, precisando que se dispondrá de quince (15) días hábiles para impugnarla, contados desde la fecha de su recepción.

## VIII. ANEXOS

- Anexo N° 1 Procedimiento "Pago del Subsidio por Lactancia"
- Anexo N° 2 Flujograma

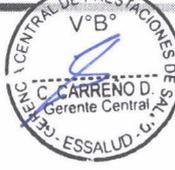
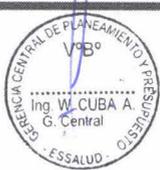


**Anexo N° 1  
PROCEDIMIENTO "PAGO DEL SUBSIDIO POR LACTANCIA"**

N°	Descripción	Responsable																					
<b>PAGO DE OFICIO</b>																							
01	<b>ADMISIBILIDAD DE GESTANTES</b> - Verificar la identidad de las gestantes en los establecimientos de salud, previo al proceso de hospitalización, conforme las normas y procedimientos que lo regulen.	Establecimiento de Salud																					
02	<b>REGISTRO DEL NACIMIENTO EN EL SISTEMA DE REGISTRO DE NACIDOS VIVOS EN LÍNEA</b> - Registrar los datos del nacimiento, de la madre del menor y del recién nacido, en el sistema de registro del certificado de nacido vivo en línea. - Transferir diariamente la información del certificado de nacidos vivos al Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC).	Establecimiento de Salud																					
03	<b>ORIENTACIÓN A MADRES DE RECIÉN NACIDOS CON DERECHO AL SUBSIDIO POR LACTANCIA DE OFICIO</b> Si la madre está comprendida en la modalidad de pago de oficio, entonces: - Informar a la madre del recién nacido sobre las características y condiciones del pago de oficio del subsidio de lactancia. - Indicar que, en la página WEB de ESSALUD está disponible la información sobre la fecha de pago. Si la madre NO está comprendida en la modalidad de pago de oficio, entonces: Informar a las madres no comprendidas en la modalidad de pago de oficio por lactancia, que deberán acercarse a la plataforma de atención al asegurado a nivel nacional, para iniciar el trámite para el otorgamiento del subsidio de lactancia a solicitud de parte, presentando los requisitos documentarios exigidos por la normatividad vigente, <b>Ir al paso 07.</b>	Establecimiento de Salud – Servicio de Neonatología / Obstetricia																					
04	<b>RECEPCION DE INFORMACIÓN DEL SRNVL</b> - Monitorear el proceso de carga de información del sistema de registro del certificado de nacido vivo en línea, enviada por RENIEC hacia un repositorio de ESSALUD, el cual contiene la siguiente estructura: <table border="1" data-bbox="316 1567 1169 1875"> <thead> <tr> <th>N°</th> <th>CAMPO</th> <th>DESCRIPCION</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>CORR</td> <td>Numero correlativo</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>NUMERO_CNV</td> <td>Número del certificado de nacidos vivos</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>NUMERO_DOC_MADRE</td> <td>Número del documento de identidad de la madre</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>FECHA_NACIDO</td> <td>Fecha de nacimiento del nacido vivo</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>CODIGO_RENAES</td> <td>Código de IPRESS (establecimiento de Salud)</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>CODIGO_OPERACION</td> <td>Código de Operación de registro CNV</td> </tr> </tbody> </table>	N°	CAMPO	DESCRIPCION	1	CORR	Numero correlativo	2	NUMERO_CNV	Número del certificado de nacidos vivos	3	NUMERO_DOC_MADRE	Número del documento de identidad de la madre	4	FECHA_NACIDO	Fecha de nacimiento del nacido vivo	5	CODIGO_RENAES	Código de IPRESS (establecimiento de Salud)	6	CODIGO_OPERACION	Código de Operación de registro CNV	Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones
N°	CAMPO	DESCRIPCION																					
1	CORR	Numero correlativo																					
2	NUMERO_CNV	Número del certificado de nacidos vivos																					
3	NUMERO_DOC_MADRE	Número del documento de identidad de la madre																					
4	FECHA_NACIDO	Fecha de nacimiento del nacido vivo																					
5	CODIGO_RENAES	Código de IPRESS (establecimiento de Salud)																					
6	CODIGO_OPERACION	Código de Operación de registro CNV																					



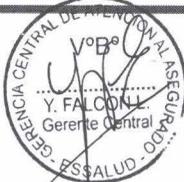
05	<b>DISPONIBILIDAD DE INFORMACION PARA CALIFICACION</b> - Garantizar la disponibilidad y calidad de la información sobre afiliación, acreditación de los asegurados (titulares y sus derechohabientes), vínculo laboral del asegurado, condición de baja de oficio de los asegurados y del comportamiento de pagos de las entidades empleadoras en los Sistemas de Aseguramiento.	Gerencia de Acceso y Acreditación del Asegurado
06	<b>CALIFICACION AUTOMATIZADA EN LA MODALIDAD DE PAGO DE OFICIO</b> - Verificar en forma automatizada, que la madre del recién nacido tenga la condición de asegurada titular, cónyuge o concubina o madre gestante de hijo extramatrimonial de asegurado titular. - Evaluar de manera automatizada, el derecho al subsidio por lactancia, en base a la información SRNVL e información de los sistemas de aseguramiento (SIA / SAS-NETI), sobre las afiliaciones del asegurado y sus derechohabientes, vínculo familiar, acreditación y vínculo laboral al momento del nacimiento del lactante, la condición de baja de oficio de los asegurados y el comportamiento de las declaraciones y pagos de las entidades empleadoras. - Migrar información sobre la fecha de programación de pago y la entidad bancaria donde hacer efectivo el subsidio; para su publicación en la página WEB de ESSALUD. - Migrar información sobre los trámites observados para su publicación en la página WEB de ESSALUD, indicando que deberán solicitar el subsidio de lactancia en las OSPE a nivel nacional. - Actualizar la información de los subsidios para el Proceso Centralizado de Prestaciones Económicas. - Generar en el sistema SAS un reporte de los subsidios procesados para uso de la OSPE. <b>IR al PASO 14: PROCESO CENTRALIZADO DE EMISION DE PROCESO DE EXPEDIENTES</b>	Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones
<b>PAGO A SOLICITUD DE PARTE</b>		
07	<b>ADMISIBILIDAD</b> - Identificar al administrado, solicitando que muestre el documento de identidad. En caso sea un tercero, presentará carta poder simple firmada por el asegurado titular autorizándolo a que tramite la solicitud. - Recepcionar del asegurado titular, madre del recién nacido o tercero debidamente acreditado, el formulario 1010, y los requisitos establecidos en el TUPA. - Verificar que el formulario 1010 se encuentre debidamente llenado y firmado por el asegurado titular y/o beneficiaria, contrastando sus firmas con las registradas en la RENIEC; así como los requisitos correspondientes: Si la verificación es conforme, ir al paso 09. Si no es conforme: obrara conforme sigue:	Plataforma de Atención al Asegurado (Gerencia Central de Atención al Asegurado)
08	<b>SUBSANACIÓN 48 HORAS</b> - La observación debe anotarse y firmarse por el front office en el formulario 1010 (original y copia), otorgando un plazo de dos (02) días hábiles para la subsanación. - En caso de no subsanar, la solicitud será considerada: NO ADMITIDA. - Regresar al paso 7	



09	<p><b>CALIFICACION AUTOMATIZADA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Accesar al sistema SAS, módulo lactancia de prestaciones económicas, ingresando el DNI de la madre y el CUI del recién nacido, para calificación automatizada.</li> <li>- En caso de conformidad del expediente (procesado), consignar en el formulario 1010:             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Número del expediente</li> <li>✓ Fecha de pago</li> <li>✓ Banco</li> </ul> </li> <li>- En caso de ser observado o en casos especiales, consignar en el formulario 1010:             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Número de tramite institucional (NIT), para seguimiento.</li> </ul> </li> <li>- Entregar la copia del formulario 1010 (cargo de recepción) al administrado para las acciones correspondientes.</li> </ul>	
10	<p><b>ENVIO DE EXPEDIENTES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Remitir diariamente al back office de la OSPE lo siguiente:             <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Relación de expedientes procesados.</li> <li>➤ Expedientes originales, según relación detallada.</li> <li>➤ Relación de expedientes observados o casos especiales.</li> <li>➤ Expedientes originales, según relación detallada.</li> </ul> </li> </ul>	
11	<p><b>CALIFICACION MANUAL POR BACK OFFICE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recepcionar diariamente los expedientes remitidos por el front-office:             <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En caso de expedientes procesados con fecha de pago (conformes), estos formaran parte del proceso de compaginación de la emisión en que se procesen las solicitudes.</li> <li>➤ En caso de expedientes observados por el módulo de lactancia en el SAS, (casos especiales), pasaran a calificación manual.</li> </ul> </li> <li>- Distribuir los expedientes observados por el módulo SAS (casos especiales) al personal back office (calificador).</li> <li>- Evaluar en forma manual, los criterios de calificación, con la información de los Sistemas (ACREDITA, SAS-NETI, SIA), de conformidad a la normatividad de prestaciones económicas vigente.</li> <li>- Ingresar la información del expediente en el Sistema de Subsidios (PHP), de conformidad a los procedimientos establecidos.</li> <li>- Consignar en el formulario 1010, número de expediente, fecha, sello y firma del calificador.</li> </ul> <p><u>En caso de conformidad</u>, actualizar el NIT en el SIAD con la siguiente información:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Número del expediente</li> <li>b. Fecha de pago.</li> <li>c. Entidad bancaria</li> </ol> <p>En los casos de procesos con tipo de documento carne de extranjería, precisar en la sumilla del NIT que deberá acercarse a la oficina de tesorería correspondiente a recoger el cheque físico del subsidio por lactancia.</p> <p><u>En caso de expedientes observados (sin derecho al subsidio):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Generar el informe técnico que detalle el motivo de la observación del expediente (en los casos que correspondan).</li> <li>✓ Proyectar la resolución denegatoria para la firma del Jefe de OSPE.</li> <li>✓ Generar el número de la resolución a través del sistema de tramite institucional (SIAD).</li> </ul>	<p>Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas</p>







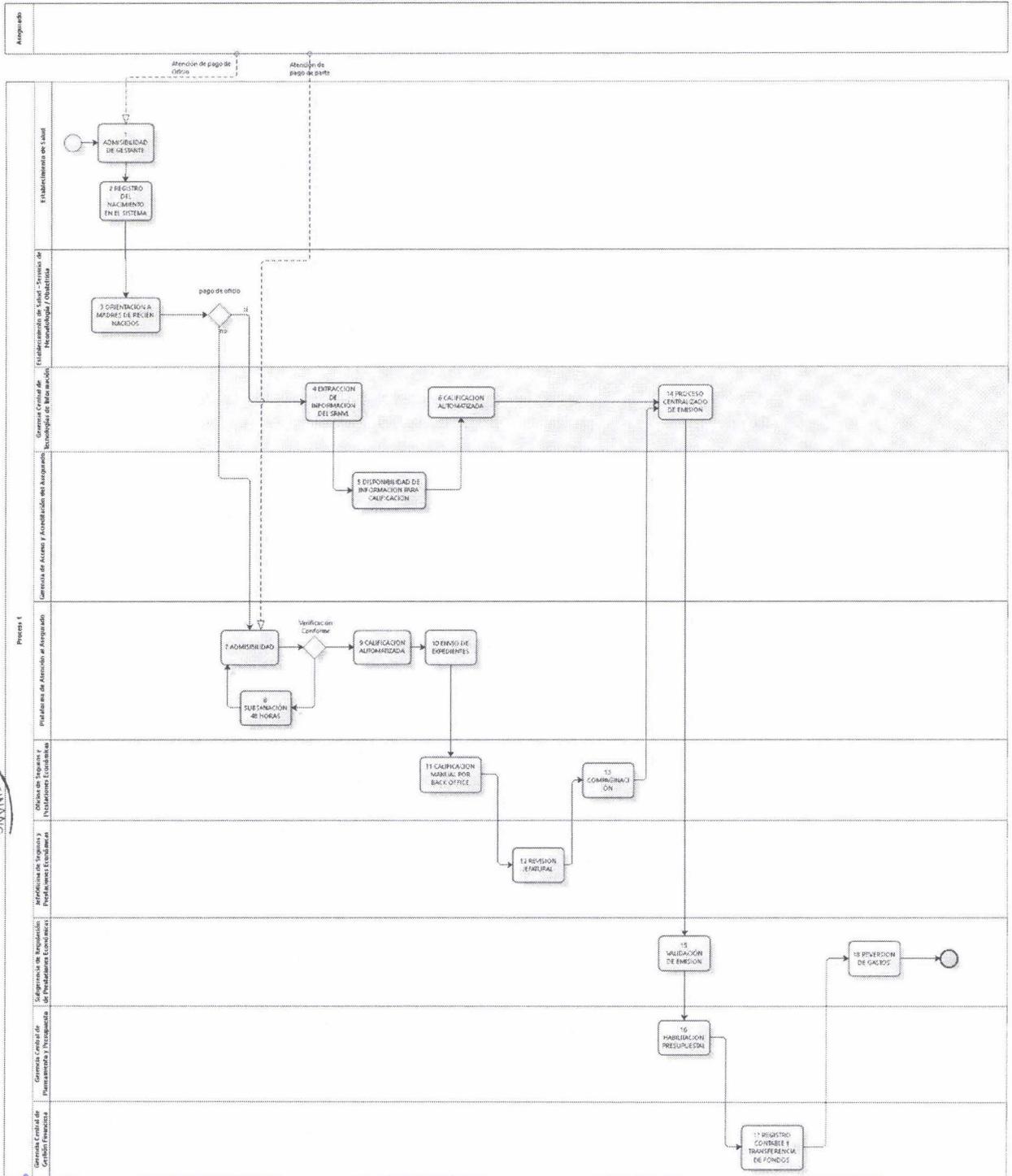
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actualizar el NIT en el sistema de tramite institucional (SIAD), indicando que el expediente ha sido observado y que se le estará remitiendo la resolución denegatoria al domicilio, precisándole que tiene 15 días hábiles para impugnarla, contados desde la fecha de su recepción.</li> <li>- Remitir diariamente los expedientes originales al Jefe de la OSPE, conforme se detalla:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Expedientes procesados.</li> <li>✓ Expedientes observados, con el informe técnico y el proyecto de resolución denegatoria.</li> <li>✓ Expedientes observados, solo con informe técnico (casos extraordinarios que no pueden ser proyectados por el calificador)</li> </ul> </li> </ul>	
12	<p><b>REVISIÓN JEFATURAL DE SOLICITUDES DE PRESTACIONES ECONÓMICAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar en forma selectiva una muestra no menor del 15%, del total de la emisión en que se procesen las solicitudes, de acuerdo a los criterios del perfil de riesgos definido por la Oficina de Estudios y Gestión de Riesgos.</li> <li>- Sellar y firmar los expedientes, para identificar la revisión jefatural.</li> <li>- Visar todos los expedientes de la emisión.</li> </ul>	Jefe Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas
13	<p><b>COMPAGINACIÓN DE SOLICITUDES DE PRESTACIONES ECONÓMICAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compaginar y foliar los expedientes procesados.</li> <li>- Remitir al cierre de cada emisión y antes de la fecha de pago, los expedientes originales procesados, al área de tesorería correspondiente para su custodia.</li> <li>- Actualizar el NIT en SIAD las anulaciones de pago de solicitudes, informando al administrado que el expediente ha sido derivado para reevaluación.</li> </ul>	Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas
14	<p><b>PROCESO CENTRALIZADO DE EMISIÓN DE PROCESO DE EXPEDIENTES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ejecutar el proceso de cierre centralizado de prestaciones económicas, según cronograma establecido.</li> <li>- Colocar la data emergente del proceso centralizado a disposición de la Sub Gerencia de Regulación de Prestaciones Económicas en cada emisión de proceso de emisión de pago.</li> </ul>	Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones
15	<p><b>VALIDACIÓN DE EMISIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recepcionar data de los subsidios procesados por cada emisión, emergente del proceso del cierre centralizado.</li> <li>- Conciliar la información (data) de los subsidios procesados en cada emisión.</li> <li>- Comunicar a la Gerencia de Contabilidad sobre los resultados de la validación de los subsidios procesados en cada emisión.</li> <li>- Comunicar a la Gerencia de Contabilidad los anulados (Anexo 2) antes del proceso, para no ser considerados en el pago.</li> <li>- Solicitar la habilitación presupuestal proyectada para un mes, al inicio del mes, así como la comunicación de la habilitación presupuestal real en cada emisión.</li> <li>- Comunicar de manera excepcional a la Subgerencia de Egresos los expedientes a anularse después del proceso de pago, con el riesgo de que el expediente ya fue pagado, quedando para acciones de recupero por la OSPE.</li> </ul>	Subgerencia de Regulación de Prestaciones Económicas
16	<p><b>HABILITACION PRESUPUESTAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Habilitar partida presupuestal proyectada al inicio de cada mes, y llevar el control con la habilitación real ejecutada en cada emisión.</li> <li>- Solicitar la transferencia de fondos para el proceso de pago de las prestaciones económicas en cada emisión dos días hábiles antes de la fecha de pago.</li> </ul>	Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto



17	<p><b>REGISTRO CONTABLE Y TRANSFERENCIA DE FONDOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Efectuar el proceso de contabilización en el sistema SAP (provisión del gasto) de los subsidios en cada emisión y efectuar las anulaciones del Anexo 2 antes del giro.</li> <li>- Efectuar el giro de las órdenes de pago, de conformidad a los procedimientos vigentes y enviar al banco para su ejecución de pago al beneficiario.</li> <li>- Realizar transferencia de fondos para el pago de los subsidios por lactancia, de conformidad a las fechas establecidas en el cronograma de pagos para el otorgamiento de las prestaciones económicas.</li> <li>- Atender solicitudes de anulación que no fueron considerados dentro de los anulados por ANEXO 2.</li> <li>- Ejecutar la recuperación del gasto en base a la información recibida de la Gerencia de Prestaciones Económicas respecto a los empleadores con indicador de reembolso por el subsidio pagado a su trabajador.</li> </ul>	Gerencia Central de Gestión Financiera
18	<p><b>REVERSION DE GASTOS PARA SUBSIDIOS</b></p> <p>Las OSPE deben identificar en la calificación realizada en el back office, la condición de reembolso del empleador y remitir a la Subgerencia de Regulación de Prestaciones Económicas para su validación.</p> <p>Generar las reversiones de gastos que correspondan, en base a la información de los empleadores con indicador de reembolso identificados por la Gerencia Central de Gestión Financiera a través de la Gerencia de Control Contributivo y Cobranzas, así como la información recibida de la Gerencia de Tesorería confirmando su pago.</p>	Subgerencia de Regulación de Prestaciones Económicas



Anexo 2: FLUJOGRAMA SUBSIDIO DE LACTANCIA



Gerente Central de Operaciones  
 V°B°  
 C. CARREÑO D.  
 Gerente Central (E)  
 - ESSALUD -

Gerente Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones  
 V°B°  
 ING. ALFAROP  
 Gerente Central

Gerente Central de Gestión Financiera  
 V°B°  
 P. ROMÁN  
 Gerente Central

Gerente Central de Recursos Humanos y Prestaciones Económicas  
 V°B°  
 RAMOS  
 Gerente Central

Gerente Central de Planeamiento y Presupuesto  
 V°B°  
 Ing. W. CUBA A.  
 G. Central

Gerente Central de Atención a la Regulatoria  
 V°B°  
 Y. FALCÓN  
 Gerente Central

Gerente Central de Prestaciones de Salud  
 V°B°  
 C. CARREÑO D.  
 Gerente Central

Gerente General  
 V°B°  
 A. BARREDO M.  
 - ESSALUD -