

RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N°

708

-GG-ESSALUD-2016

Lima, 16 de junio del 2016

VISTOS:

La Carta N° 1568-GCPS-ESSALUD-2016 de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud; y la Carta N° 1460-GCAJ-ESSALUD-2016 e Informe N° 277 -GNAJ-GCAJ-ESSALUD-2016 de la Gerencia Central de Asesoría Jurídica, y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución de Gerencia General N° 562-GG-ESSALUD-2016, de fecha 06 de mayo de 2016, se aprobó el "*Manual de Procedimientos para la Validación de los Certificados Médicos por el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT) en el Centro de Validación de la Incapacidad Temporal – CEVIT Central*";

Que, en el numeral 4° de la parte resolutive de la citada Resolución, se dispuso la modificación del Anexo 10 de la Directiva N° 015-GG-ESSALUD-2014, a efectos de ser reemplazado por el "*Formulario para el Trámite de Validación de Certificado Médico*", que forma parte de la Resolución en mención;

Que, con Carta N° 1568-GCPS-ESSALUD-2016, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud manifestó que por omisión, no fue incorporado el Anexo 10, "*Formulario Para el Trámite de Validación de Certificado Médico*" en la Resolución de Gerencia General N° 562-GG-ESSALUD-2016, por lo que solicitó la inclusión del citado Anexo en la Resolución antes mencionada;

Que, con Carta de Vistos, la Gerencia Central de Asesoría Jurídica advirtió que la omisión efectuada es de carácter involuntario, y que la incorporación del Anexo 10 a la Resolución de Gerencia General N° 562-GG-ESSALUD-2016 no alteraría o modificaría su contenido esencial o sustancial; por lo que, en atención al principio de eficacia, reconocido en el numeral 1.10 del Artículo IV del Título Preliminar de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, resulta factible subsanar la citada omisión mediante la incorporación de oficio del referido Anexo a la precitada Resolución;

Que, asimismo, la Gerencia Central de Asesoría Jurídica señaló que a efectos de evitar incertidumbres en los asegurados de ESSALUD respecto al formulario que se debe presentar para el trámite de validación de certificado médico, debe publicarse la incorporación del Anexo 10 a la Resolución de Gerencia General N° 562-GG-ESSALUD-2016 en el Portal Institucional y Compendio Normativo de ESSALUD;

Que, el literal b) del artículo 9° de la Ley 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD), 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 de la Presidencia Ejecutiva;

Con los vistos de las Gerencias Centrales de Prestaciones de Salud, de Seguros y Prestaciones Económicas y de Asesoría Jurídica;

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



RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N°

708

-GG-ESSALUD-2016

SE RESUELVE:

1. **INCORPORAR** el Anexo 10, "Formulario para el Trámite de Validación de Certificado Médico" en la Resolución de Gerencia General N° 562-GG-ESSALUD-2016, que se adjunta y forma parte de la presente Resolución.
2. **DISPONER** que la Secretaría General notifique la presente Resolución a la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, a la Gerencia Central de Operaciones, a la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas, a los Órganos Desconcentrados, Redes Asistenciales y Órganos Prestadores Nacionales de ESSALUD.
3. **ENCARGAR** a la Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones efectúe la publicación de la presente Resolución en el Portal Institucional de la Entidad.
4. **PUBLICAR** en el Compendio Normativo del Seguro Social de Salud - ESSALUD.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE



EGO. MIGUEL LA ROSA PAREDES
GERENTE GENERAL
ESSALUD



FORMULARIO PARA EL TRÁMITE DE VALIDACIÓN DE CERTIFICADO MÉDICO

Nº Folio EsSalud
(Llenado por el asegurado
y/o solicitante)

I.- INFORMACIÓN DE ASEGURADO TITULAR

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR:			DNI <input type="checkbox"/>	CARNET EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/>	PASAPORTE <input type="checkbox"/>	Número
Primer apellido		Segundo apellido		Nombre(s)		
Número de teléfono o celular			Correo electrónico			

DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA:

Número de RUC	Razón Social	Trabajo Habitual u Ocupación

II.- INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (Consigra esta información en caso el solicitante no sea el asegurado titular)

DATOS DEL SOLICITANTE:			DNI <input type="checkbox"/>	CARNET EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/>	PASAPORTE <input type="checkbox"/>	Número
Primer apellido		Segundo apellido		Nombre(s)		
Número de teléfono o celular			Correo electrónico			

III.- CONTINGENCIA

<input type="text"/>	(Ver Tabla de Contingencia en el reverso del Formulario)
----------------------	--

IV.- PERIODO A VALIDAR

Del	<input type="text" value="DD/MM/AAAA"/>	Al	<input type="text" value="DD/MM/AAAA"/>	Total días <input type="text"/>
-----	---	----	---	---------------------------------

V.- DOCUMENTOS A PRESENTAR

Se adjunta

Documentos señalados en el reverso del Formulario de acuerdo a la Contingencia y Tipo de Atención

DECLARACIÓN JURADA:

El firmante declara bajo juramento, que la información consignada y la documentación que se adjunta a la presente declaración es verdadera, no es adulterada, de comprobarse falsedad en la declaración, información o documentación presentada, se encuentra obligado(a) a resarcir los daños ocasionados, así como asumir las sanciones previstas en los artículos pertinentes del Código Penal.

Asimismo, autorizo que las notificaciones se remitan a los correos electrónicos consignados en el presente Formulario.

SI NO

La firma del solicitante: Titular Persona con carta poder simple

USO DE ESSALUD - REFRENDO

Firma y sello de EsSalud

Firma del Declarante o Solicitante

Tp Dc Id	Nro documento identidad
----------	-------------------------

NIT

Instrucciones para llenar el Formulario Para el Trámite de Validación de Certificado Médico

¿Cuándo se utiliza este Formulario?

El Formulario para el Trámite de Validación de Certificado Médico, se utiliza para la Validación del Certificado Médico para la obtención del Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo - CITT.

Rubro I.- Información del Asegurado

Consignar tipo y número de documento de identidad, apellidos y nombres, número de teléfono fijo y/o celular, y correo electrónico, del asegurado titular. Consignar la denominación de la entidad empleadora y la del trabajo habitual u ocupación del asegurado. En caso de tener más de una entidad empleadora consignar la información respectiva.

Rubro II.- Información del Solicitante

Este rubro será utilizado cuando el solicitante no es el asegurado titular. consignar tipo y número de documento de identidad, apellidos y nombres, número de teléfono fijo y/o celular, y correo electrónico del solicitante.

Rubro III.- Contingencia

consignar el código de contingencia respectiva, detalladas en la Tabla del presente Formulario.

Rubro IV.- Periodo a Validar

consignar el periodo (del/al) y el total de días para su validación.

Rubro V.- Documentos a Presentar

Consignar la cantidad de documentos que presenta adjunto al Formulario. Adjuntar los documentos señalados en la Tabla del presente Formulario, según su contingencia y tipo de atención.

DECLARACIÓN JURADA

Marcar con un aspa en la opción SI o NO, para autorizar el envío de notificaciones a través del correo electrónico declarado en el presente Formulario

TABLA DE CONTINGENCIAS Y DOCUMENTOS A PRESENTAR POR TIPO DE ATENCIÓN

CONTINGENCIA		TIPO DE ATENCIÓN		
Código	Denominación	Consulta Externa	Emergencia	Hospitalización
01	ENFERMEDAD COMÚN	Original del certificado Médico		
		Copia de indicaciones médicas recibidas en la fecha de atención		Copia de Epicrisis
		Copia de resultados de exámenes de ayuda al diagnóstico que sustenten la incapacidad, de corresponder		
02	ACCIDENTE COMÚN			Copia del Reporte Operatorio en caso de tratamiento quirúrgico
08	ACCIDENTE DE TRABAJO SIN SCTR	Recibo por honorarios o comprobante de pago de la atención recibida		
		Si la atención fue brindada a través de una Entidad Prestadora de Salud o Seguros Médicos Particulares, adjuntar la documentación que sustente la atención recibida (copia de liquidación de gastos o copia de la preliquidación de atención ambulatoria o copia de la orden de atención de farmacia o copia del reporte de consumos por afiliados o copia de la carta de garantía)		
03	ACCIDENTE DE TRABAJO	Original del Certificado Médico		
		Copia del Aviso de Accidente de Trabajo		
04	ENFERMEDAD PROFESIONAL	Copia de la Solicitud de Atención Médica, a partir de la segunda atención		
		Copia de indicaciones Médicas recibidas en la fecha de atención	Copia de Epicrisis	
05	MATERNIDAD	Copia de resultados de exámenes de ayuda al diagnóstico que sustenten la incapacidad, de corresponder		
		Copia del Reporte Operatorio en caso de tratamiento quirúrgico		
		Original del Certificado Médico, que incluya Fecha de Última Regla (FUR), Fecha Probable de Parto (FPP) y fecha de inicio. En caso de embarazo prolongado, el certificado debe incluir el diagnóstico de Embarazo Prolongado.		
06	PARTO MULTIPLE	Copia de Informe ecográfico del III Trimestre (28 a 42 semanas)		
		Copia del informe del médico tratante del neonato o Copia del Certificado de defunción, cuando el fallecimiento del neonato haya sido posterior a las 72 horas y copia del último informe ecográfico; en caso de parto prematuro (antes de las 30 semanas de gestación)		
		Acta de nacimiento o partida de nacimiento o presentación del DNI del recién nacido, en caso de solicitud de validación posterior al parto		
07	ACCIDENTE DE TRANSITO	Copia de recibos por honorarios profesionales o copia de comprobante de pago de la atención recibida en caso de embarazo prolongado.		
		Informe Médico de Postergación del Descanso por Maternidad, en caso de diferimiento		
		Original del Certificado Médico		
09	NIÑO CON DISCAPACIDAD LEY N° 29992	Copia del parte policial o copia de la Poliza de SOAT		
		Copia de indicaciones médicas recibidas en la fecha de Atención	Copia de epicrisis	
		Copia de los resultados de exámenes de ayuda al diagnóstico que sustenten la incapacidad, de corresponder		
				Copia del reporte operatorio en caso de tratamiento quirúrgico

Importante

- Consignar los datos de las personas según Datos de documento de identidad correspondiente.
- Llenar el Formulario con letra IMPRENTA y LEGIBLE.
- No se aceptan BORRONES ni ENMENDADURAS.

