

TRABAJO Y PROMOCIÓN DEL EMPLEO**Decreto Supremo que aprueba el Texto Único de Procedimientos Administrativos - TUPA del Seguro Social de Salud - ESSALUD****DECRETO SUPREMO
N° 005-2023-TR**

LA PRESIDENTA DE LA REPÚBLICA

CONSIDERANDO:

Que, el numeral 1.2 del artículo 1 de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud -ESSALUD, establece que 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 43 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS (TUO de la Ley N° 27444), establece la obligación de todas las entidades públicas de elaborar, aprobar o gestionar el Texto Único de Procedimientos Administrativos - TUPA;

Que, asimismo, la citada norma establece que el TUPA comprende, entre otros, a todos los procedimientos de iniciativa de parte que cuenten con respaldo legal y sean requeridos por los administrados para satisfacer sus intereses o derechos; la descripción clara y taxativa de todos los requisitos exigidos para su realización, entre otras condiciones que otorgan predictibilidad a los administrados para su adecuada tramitación; y, la relación de los servicios prestados en exclusividad, entendidos como las prestaciones que las entidades se encuentran facultadas a brindar en forma exclusiva en el marco de su competencia cuando estos no puedan ser realizados por otra entidad o terceros;

Que, a través del Decreto Legislativo N° 1203, Decreto Legislativo que crea el Sistema Único de Trámites (SUT) para la simplificación de procedimientos administrativos y servicios prestados en exclusividad, se crea el Sistema Único de Trámites (SUT) como herramienta informática para la elaboración, simplificación y estandarización del TUPA, así como el repositorio oficial de los procedimientos administrativos y servicios prestados en exclusividad, con su correspondiente información sustentatoria, formulados por las entidades de la Administración Pública, el mismo que es administrado por la Presidencia del Consejo de Ministros, mediante la Secretaría de Gestión Pública, como ente rector del Sistema de Modernización de la Gestión Pública;

Que, el artículo 2 del Decreto Legislativo N° 1310, Decreto Legislativo que aprueba medidas adicionales de simplificación administrativa, modificado por el Decreto Legislativo 1448, regula la aplicación del Análisis de Calidad Regulatoria de procedimientos administrativos, a fin de identificar, eliminar y/o simplificar aquellos que resulten innecesarios, ineficaces, injustificados, desproporcionados, redundantes o no se encuentren adecuados a la Ley del Procedimiento Administrativo General o a las normas con rango de ley que les sirven de sustento;

Que, en virtud de ello, se publicó el Decreto Supremo N° 046-2019-PCM, Decreto Supremo que ratifica procedimientos administrativos de las entidades del Poder Ejecutivo como resultado del Análisis de Calidad Regulatoria de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2 del Decreto Legislativo N° 1310, Decreto Legislativo que aprueba medidas adicionales de simplificación administrativa, cuyo artículo 4 dispone que las entidades tienen la obligación de actualizar su Texto Único de Procedimientos Administrativos – TUPA de acuerdo a lo establecido en el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS. Asimismo, deben incorporar sus procedimientos administrativos al Sistema Único de Trámites (SUT) de acuerdo a lo establecido en el Decreto Supremo N° 031-2018-PCM que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1203, Decreto Legislativo que crea el Sistema Único de Trámites (SUT) y normas complementarias;

Que, con Decreto Supremo N° 014-2016-TR se aprueba el Texto Único de Procedimientos Administrativos - TUPA del Seguro Social de Salud – ESSALUD, el mismo que fue simplificado por las Resoluciones Ministeriales N° 109-2019-TR y N° 061-2021-TR;

Que, por el Decreto Supremo N° 164-2020-PCM, se aprueba el “Procedimiento Administrativo Estandarizado de Acceso a la Información Pública creada u obtenida por la entidad, que se encuentre en su posesión o bajo su control”, el mismo que en su artículo 7 prevé la adecuación de los TUPA de las entidades para incorporar el mencionado procedimiento administrativo estandarizado;

Que, con la Resolución de Secretaría de Gestión Pública N° 004-2018-PCM/SGP, se aprueba el Nuevo Formato del Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA), que compendia y sistematiza los procedimientos administrativos y servicios prestados en exclusividad, conforme a lo dispuesto por el artículo 43 del TUO de la Ley N° 27444, debiendo incluirse la descripción clara y taxativa de todos los requisitos, supuestos en que procede el pago de derechos de tramitación, con indicación de su monto y forma de pago, los formularios, entre otros aspectos; además, contiene información complementaria para los ciudadanos como, notas al ciudadano, descripción de los procedimientos administrativos y/o servicios prestados en exclusividad, canales de atención y consulta del procedimiento administrativo y/o servicio prestado en exclusividad, y otros;

Que, de acuerdo a lo establecido en los numerales 5.2, 5.3 y 5.4 del artículo 5 y el artículo 18 de los Lineamientos para la elaboración y aprobación del Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA), aprobados por la Resolución de Secretaría de Gestión Pública N° 005-2018-PCM-SGP, las entidades de la administración pública deben aprobar o modificar su TUPA cuando se requiera incorporar procedimientos administrativos y/o servicios prestados en exclusividad debido a la aprobación de una ley, decreto legislativo u otra norma de alcance general; cuando se produzca uno o más de los siguientes supuestos: el incremento de requisitos, aumento del plazo máximo de atención, incremento del monto de derecho de tramitación; como resultado de un proceso de simplificación administrativa o modernización institucional, debiendo ser aprobado por decreto supremo refrendado por el titular del sector;

Que, en los numerales 44.1 a 44.3 del artículo 44 del TUO de la Ley N° 27444, se establece que el TUPA es aprobado por Decreto Supremo del sector; el cual se publica en el diario oficial El Peruano; asimismo, el TUPA y la disposición legal de aprobación o modificación se publica obligatoriamente en el portal del diario oficial El Peruano; adicionalmente, se difunde a través de la Plataforma Digital Única para Orientación al Ciudadano del Estado Peruano y en el respectivo Portal Institucional de la entidad, siendo que la publicación en estos medios se realiza en forma gratuita;

Que, la Norma IV del Título Preliminar del Texto Único Ordenado del Código Tributario, aprobado por Decreto Supremo N° 133-2013-EF, establece entre otros aspectos, que por Decreto Supremo refrendado por el Ministro del Sector competente y el Ministro de Economía y Finanzas, se fija la cuantía de las tasas; lo cual es concordante con lo dispuesto por el numeral 53.2 del artículo 53 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, que establece que para la procedencia del cobro de los derechos de tramitación en el caso de las entidades del Poder Ejecutivo se debe contar, además, con el refrendo del Ministerio de Economía y Finanzas;

Que, estando a lo dispuesto por los fundamentos legales citados en los considerandos precedentes, resulta necesario aprobar el nuevo Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA) del Seguro Social de Salud – ESSALUD, como documento de gestión institucional que contiene compendiados y sistematizados los procedimientos administrativos y servicios prestados en exclusividad que se tramitan ante la entidad;

Con la opinión favorable de la Secretaría de Gestión Pública de la Presidencia del Consejo de Ministros;

Que, de conformidad con el numeral 8 del artículo 118 de la Constitución Política del Perú; el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS; el Texto Único Ordenado del Código Tributario, aprobado por Decreto Supremo N° 133-2013-EF; el numeral 3 del artículo 11 de Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo; la Ley N° 29381, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo; el Texto Integrado del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 308-2019-TR; y la Resolución de Secretaría de Gestión Pública N° 005-2018-PCM-SGP, que aprueba los Lineamientos para la Elaboración y Aprobación del Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA);

DECRETA:

Artículo 1.- Aprobación del Texto Único de Procedimientos Administrativos del Seguro Social de Salud

Apruébase el Texto Único de Procedimientos Administrativos - TUPA del Seguro Social de Salud - ESSALUD, que contiene los procedimientos administrativos y servicios prestados en exclusividad comprendidos en el Anexo Único, que forma parte integrante del presente Decreto Supremo.

Artículo 2.- Aprobación del derecho de tramitación

Apruébanse los derechos de tramitación correspondientes a los servicios prestados en exclusividad, que se detallan en el Texto Único de Procedimientos Administrativos -TUPA del Seguro Social de Salud - ESSALUD, según el Anexo Único que forma parte integrante del presente Decreto Supremo.

Artículo 3.- Aprobación de Formulario

Apruébanse los Formularios correspondientes a los procedimientos administrativos y servicios prestados en exclusividad que se detallan en el Texto Único de Procedimientos Administrativo –TUPA del Seguro Social de Salud - ESSALUD, los cuales se encuentran comprendidos en el Anexo Único, que forma parte integrante del presente Decreto Supremo.

Artículo 4.- Publicación

Dispóngase la publicación del presente Decreto Supremo en el diario oficial El Peruano, así como la publicación de dicho Decreto Supremo y su Anexo Único en la Sede Digital del Seguro Social de Salud (www.essalud.gob.pe), en el Portal del diario oficial El Peruano (www.elperuano.pe), en la Plataforma Digital Única para Orientación al Ciudadano del Estado Peruano; y en la Plataforma del Sistema Único de Trámites (SUT) de la Presidencia del Consejo de Ministros.

Artículo 5.- Refrendo

El presente Decreto Supremo es refrendado por el Ministro de Trabajo y Promoción del Empleo y por el Ministro de Economía y Finanzas.

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA DEROGATORIA

Única.- Deróganse el Decreto Supremo N° 014-2016-TR que aprueba el Texto Único de Procedimientos Administrativos - TUPA del Seguro Social de Salud – ESSALUD, así como las Resoluciones Ministeriales N° 109-2019-TR y N° 061-2021-TR que disponen su simplificación.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los veinticinco días del mes de mayo del año dos mil veintitrés.

DINA ERCILIA BOLUARTE ZEGARRA
Presidenta de la República

ANTONIO FERNANDO VARELA BOHÓRQUEZ
Ministro de Trabajo y Promoción del Empleo

ALEX ALONSO CONTRERAS MIRANDA
Ministro de Economía y Finanzas

Texto Único de Procedimientos Administrativos - "SEGURO SOCIAL DE SALUD"

**TEXTO ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS – TUPA
DE "SEGURO SOCIAL DE SALUD"**

Normas que aprueba o modifican el TUPA

Decreto Supremo -2023-TR

ÍNDICE

SECCIÓN N° 1: PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS	N° 3
1.1 Transparencia y acceso a la información	
Acceso a la Información Pública creada u obtenida por la entidad, que se encuentre en su posesión o bajo su Control	N° 4
1.2 Salud y discapacidad	
Inscripción de asegurados derechohabientes	N° 6
Baja de asegurados derechohabientes	N° 9
Modificación de datos de derechohabientes	N° 11
Cambio de adscripción temporal del afiliado titular o derechohabientes	N° 13
Subsidio por Incapacidad Temporal - Pago por la Entidad Empleadora con cargo a reembolso	N° 15
Subsidio por Incapacidad Temporal - Pago directo por EsSalud (Trabajadores del hogar, Asegurados pescadores y procesadores pesqueros artesanales independientes, Trabajadores portuarios con baja temporal, Asegurados agrarios independientes, Otros que sean incorporados por Ley).	N° 17
Subsidio por Maternidad - Pago por la Entidad Empleadora con cargo a reembolso	N° 19
Subsidio por Maternidad - Pago directo por EsSalud (Trabajadores del hogar, Asegurados pescadores y procesadores pesqueros artesanales independientes, Trabajadores portuarios con baja temporal, Asegurados agrarios independientes, Otros que sean incorporados por Ley)	N° 21
Subsidio por Lactancia	N° 23
Pago de Prestación por Sepelio	N° 25
SECCIÓN N° 2: SERVICIOS PRESTADOS EN EXCLUSIVIDAD	N° 27
Certificado Médico para el trámite de pensión de invalidez del Decreto Ley N° 19990	N° 28
Certificado Médico conforme a la Ley N° 30012, Ley que concede el derecho de licencia a trabajadores con familiares directos que se encuentran con enfermedades en estado grave o terminal o sufran accidente grave	N° 30
Copia de Historia Clínica	N° 32
Dictamen Médico para el Registro de Derechohabiente de Asegurado Titular del Seguro Social de Salud	N° 34
Duplicado del Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo – CITT	N° 36
Evaluación médica del cónyuge sobreviviente inválido e hijos mayores de dieciocho (18) años con incapacidad total y permanente para el trabajo	N° 38
Informe Médico	N° 40
Validación de Certificado Médico	N° 42
SECCIÓN N° 3: FORMULARIOS	N° 44
Formulario PDF: 1010 Formulario Único de Seguros	N° 45
Formulario PDF: Declaración Jurada para Inscripción y Baja de Derechohabientes	N° 48
Formulario PDF: Formulario 1040 Solicitud de Prestaciones Económicas	N° 49
Formulario PDF: Formulario de Trámite de Gestión Múltiple	N° 52
Formulario PDF: Solicitud de Acceso a la Información Pública creada u obtenida por la entidad, que se encuentre en su posesión o bajo su control.	N° 54
SECCIÓN N° 4: SEDES DE ATENCIÓN	N° 55

SECCIÓN N° 1: PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

Texto Único de Procedimientos Administrativos - "SEGURO SOCIAL DE SALUD"

Denominación del Procedimiento Administrativo

"Acceso a la Información Pública creada u obtenida por la entidad, que se encuentre en su posesión o bajo su control"

Código: PE123299E43

Descripción del procedimiento

Procedimiento a través del cual toda persona, natural o jurídica, solicita información pública (información creada, obtenida, en posesión o bajo control de una entidad pública), sin expresar la causa de su pedido, y la recibe en la forma o medio solicitado, siempre que asuma el costo de su reproducción física o de manera gratuita cuando se solicite que esta sea entregada por medio virtual. El plazo de atención es de 10 días hábiles, sin embargo, cuando sea materialmente imposible cumplir con el plazo señalado debido a causas justificadas, por única vez la entidad comunica al solicitante la fecha en que proporcionará la información solicitada de forma debidamente fundamentada, en un plazo máximo de dos (2) días hábiles de recibido el pedido de información.

Requisitos

- 1.- Solicitud presentada vía formulario o documento que contenga la misma información.
- 2.- De corresponder, indicar número y fecha de comprobante de pago, en caso el pago se haya efectuado en la entidad. Si el pago se realizó en el Banco de la Nación u otra entidad financiera, adjuntar copia del comprobante de pago*.

Notas:

- 1.- *Este requisito se presenta posteriormente al ingreso de la solicitud. La entidad a partir del sexto día hábil de presentada la solicitud, pone a disposición del ciudadano el costo de reproducción de la información requerida a cancelar.
- 2.- Solicitud de información dirigida al Responsable de Acceso a la Información Pública. En caso de que este no hubiese sido designado, la solicitud se dirige al funcionario que tiene en su poder la información requerida o al superior inmediato.
- 3.- La solicitud puede ser presentada a través del Portal de Transparencia de la Entidad, de forma personal ante la unidad de recepción documentaria, Mesa de Partes Digital o a través de otros canales creados para tal fin.
- 4.- La liquidación del costo de reproducción que contiene la información requerida estará a disposición del solicitante a partir del sexto día de presentada la solicitud. En tal supuesto, el ciudadano deberá acercarse a la entidad, cancelar el monto, a efectos que la entidad efectúe la reproducción de la información requerida y pueda poner a disposición la información dentro del plazo establecido legalmente.
- 5.- No se podrá negar información cuando se solicite que esta sea entregada en una determinada forma o medio, siempre que el solicitante asuma el costo que suponga el pedido.
- 6.- En caso de presentación de Recurso de Apelación, el plazo máximo de presentación es de 15 días hábiles, de conformidad al Precedente Vinculante emitido por el Tribunal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, según Resolución N° 010300772020. El plazo máximo de respuesta es de 10 días hábiles, contados a partir de la admisibilidad del recurso por el Tribunal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, de conformidad con la Tercera Disposición Complementaria Modificatoria del Decreto Supremo N° 011-2018-JUS, que incorpora el artículo 16-B en el Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Formularios

Formulario PDF: Solicitud de Acceso a la Información Pública creada u obtenida por la entidad, que se encuentre en su posesión o bajo su control. Ubicación: http://sut.pcm.gob.pe/sutArchivos/file_6161_20220510_164555.pdf

Canales de atención

Atención Presencial: Sede Central, Órganos Desconcentrados, órganos Prestadores Nacionales, Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas <http://www.essalud.gob.pe/direccion-de-la-entidad-y-telefonos/> <http://www.essalud.gob.pe/agencias-y-oficinas-de-seguros/>
Atención Virtual: Mesa de Partes Digital - EsSalud <https://mpv.essalud.gob.pe/>

Pago por derecho de tramitación

Copia simple formato A4 (por unidad)
Monto - S/ 0.10

Información en CD (por unidad)
Monto - S/ 1.00

Información por Correo Electrónico: gratuito
Monto - S/ 0.00

Modalidad de pagos

Caja de la Entidad
Efectivo:
Pago en soles en las Oficinas de Tesorería o las que hagan sus veces

Plazo de atención

10 días hábiles

Calificación del procedimiento

Evaluación previa- Silencio Administrativo Negativo: Si vencido el plazo de atención, no obtiene respuesta, puede interponer los recursos administrativos.

Sedes y horarios de atención

Texto Único de Procedimientos Administrativos - "SEGURO SOCIAL DE SALUD"

Sede Central de EsSalud

Lunes a viernes de 08:00 a 16:00.

Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas - OSPE, <http://www.essalud.gob.pe/agencias-y-oficinas-de-seguros/>

Lunes a viernes de 08:00 a 16:00. Sábados de 08:00 a 12:00.

Órganos Desconcentrados (Gerencia/Dirección de Red Prestacional o Asistencial /Hospital/ Instituto /Centro Nacional)

Lunes a viernes de 08:00 a 16:00.

Unidad de organización donde se presenta la documentación

Oficina de Gestión Documentaria: Sede Central de EsSalud
Plataforma de Atención: Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas -OSPE, <http://www.essalud.gob.pe/agencias-y-oficinas-de-seguros/>
Oficina de Trámite Documentario/ Mesa de partes o la que haga sus veces: Órganos Desconcentrados (Gerencia/Dirección de Red Prestacional o Asistencial /Hospital/ Instituto /Centro Nacional)

Unidad de organización responsable de aprobar la solicitud

Órgano del Funcionario responsable de entregar la información pública (FREIP)

Consulta sobre el procedimiento

Teléfono: 411-8000
Anexo: 3
Correo: atencionalasegurado@esaalud.gob.pe

Instancias de resolución de recursos

	Reconsideración	Apelación
Autoridad competente	- No aplica	- Tribunal de Transparencia y Acceso a la Información Pública
Plazo máximo de presentación	No aplica	15 días hábiles
Plazo máximo de respuesta	No aplica	10 días hábiles

Base legal

Artículo	Denominación	Tipo	Número	Fecha Publicación
10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 y 20	Texto Único Ordenado de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública	Decreto Supremo	N° 021-2019-JUS	11/12/2019
4, 5, 5-A, 6, 10, 11, 12, 13, 14, 15 y 15-B	Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública	Decreto Supremo	N° 072-2003-PCM	07/08/2003
6, 7, 9 y Primera disposición complementaria modificatoria	Decreto Legislativo que crea la Autoridad Nacional de Transparencia y Acceso a la Información Pública, fortalece el Régimen de Protección de Datos Personales y la regulación de la gestión de intereses	Decreto Legislativo	N° 1353	07/01/2017

Texto Único de Procedimientos Administrativos - "SEGURO SOCIAL DE SALUD"

Denominación del Procedimiento Administrativo

"Inscripción de asegurados derechohabientes"

Código: PA616162CA

Descripción del procedimiento

El objetivo del presente procedimiento es afiliar al solicitante como derechohabiente de un asegurado titular, incorporándolo en los sistemas del Seguro Social de Salud - ESSALUD a fin de que pueda acceder a las prestaciones de salud, económicas y sociales, siempre que cumpla con los requisitos solicitados. La inscripción puede ser solicitada por: a) El afiliado titular; b) El (la) cónyuge; c) El (la) concubino (a); d) El padre o madre que no tenga la condición de afiliado titular respecto del hijo menor de edad o hijo mayor de edad incapacitado en forma total y permanente para el trabajo; e) El tutor, respecto del hijo menor de edad o el curador respecto del hijo mayor de edad incapacitado en forma total y permanente para el trabajo; f) La madre gestante de hijo extramatrimonial, siempre que cuente con el documento de reconocimiento del padre afiliado titular. La inscripción es necesaria para que el derechohabiente pueda acceder a la cobertura que por Ley brinda ESSALUD; el solicitante recibirá un correo electrónico (Plataforma VIVA) o cargo del Formulario 1010- Formulario Único de Seguros debidamente sellado (plataforma presencial) como constancia de haber realizado el trámite. El procedimiento no es renovable, la inscripción de los derechohabientes se extiende a todo el período en que se mantenga la condición de tales y no se produzca la baja

Requisitos

Requisitos a presentar:

1. Formulario 1010 - Formulario Único de Seguros, debidamente llenado y firmado por el afiliado titular, cónyuge, concubino(a), padre, madre o en ausencia de estos, el tutor o curador, según corresponda.

2. Adicionalmente al Formulario 1010, debe presentar los siguientes requisitos, según corresponda:

-Inscripción de Cónyuge:

• Por matrimonio celebrado en el país: Copia simple del acta o partida de matrimonio civil, con una antigüedad no mayor de seis (06) meses o Formato de Declaración Jurada para la Inscripción y Baja de Derechohabientes, debidamente llenado y firmado.

• Por matrimonio celebrado en el extranjero: Copia simple del documento que acredite el matrimonio, cuyo original debe cumplir las siguientes particularidades, según corresponda:

a) Si uno de los contrayentes es de nacionalidad peruana, el documento debe encontrarse inscrito en el RENIEC, o contar con el sello de la Apostilla de La Haya.

b) Si los contrayentes son de nacionalidad extranjera, partida de matrimonio o su equivalente, legalizada por el consulado en el Perú del país donde se celebró el acto o que cuente con el sello de la Apostilla de la Haya.

En este caso, si el documento se encuentra redactado en idioma distinto al español, se requiere además la traducción.

-Inscripción de Concubino (a):

Copia simple del documento de Reconocimiento de la Unión de Hecho, sea por resolución judicial o por escritura pública.

- **Inscripción de madre gestante de hijo extramatrimonial:** Copia simple de la Escritura Pública o del Testamento que acredite el reconocimiento del concebido por el afiliado titular o de la Sentencia de Declaratoria de Paternidad

- Inscripción de hijo menor de edad o mayor incapacitado en forma total y permanente para el trabajo:

•Copia simple de la partida o acta de nacimiento del menor o hijo mayor incapacitado en forma total y permanente para el trabajo.

•Formato de Declaración Jurada para la Inscripción y Baja de Derechohabientes, debidamente llenado y firmado, en el que se indique que cuenta con dictamen médico de incapacidad emitido por ESSALUD Solo para hijo mayor incapacitado en forma total y permanente para el trabajo.

Notas:

-Las altas, bajas y modificaciones de datos son actos obligatorios de responsabilidad de la entidad empleadora. No obstante, si ésta no las realizase, pueden ser efectuadas por el titular o derechohabiente a que se refiere el artículo 3 de la Ley N° 26790.

-La entidad empleadora debe realizar el alta, modificación o actualización de datos, así como de baja de registro de sus trabajadores y derechohabientes a través del Registro de Información Laboral (T-REGISTRO), administrado por la SUNAT.

-A fin de que el empleador cumpla oportunamente con la inscripción de los derechohabientes del trabajador en los Regímenes Contributivos que administra el Seguro Social de Salud-ESSALUD, deberá comunicar y proporcionar en forma oportuna, clara, veraz y completa los datos y documentos sustentatorios a su empleador. Asimismo, deberá comunicar la variación de su estado civil, de la situación de concubinato a que se refiere el artículo 326 del Código Civil y de las defunciones.

-Vigencia de la inscripción: La inscripción de los derechohabientes se extiende a todo el período en que se mantenga la condición de tales y no se produzca la baja.

Formularios

Formulario PDF: Declaración Jurada para Inscripción y Baja de Derechohabientes

Ubicación: http://sut.pcm.gob.pe/sutArchivos/file_6161_20201130_175755.pdf

Formulario PDF: 1010 Formulario Único de Seguros

Ubicación: http://sut.pcm.gob.pe/sutArchivos/file_6161_20201130_175723.pdf

Canales de atención

Atención Presencial: Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas a nivel nacional

<http://www.essalud.gob.pe/agencias-y-oficinas-de-seguros/> Centros de Mejor Atención al Ciudadano (MAC)

Atención Virtual: Ventanilla Integral Virtual del Asegurado (VIVA) <https://viva.essalud.gob.pe/viva/login>

Pago por derecho de tramitación

Gratuito

Modalidad de pagos

Plazo de atención

Calificación del procedimiento

Texto Único de Procedimientos Administrativos - "SEGURO SOCIAL DE SALUD"

1 días hábiles

Aprobación automática: La solicitud es considerada aprobada desde el mismo momento de su presentación ante la entidad competente para conocerla, siempre que el administrado cumpla con los requisitos y entregue la documentación completa, exigidos en el TUPA de la entidad.

Sedes y horarios de atención

Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas - OSPE, <http://www.essalud.gob.pe/agencias-y-oficinas-de-seguros/>

Lunes a viernes de 08:00 a 16:00. Sábados de 08:00 a 12:00.

Unidad de organización donde se presenta la documentación

Plataforma de Atención: Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas -OSPE, <http://www.essalud.gob.pe/agencias-y-oficinas-de-seguros/>

Unidad de organización responsable de aprobar la solicitud

Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas

Consulta sobre el procedimiento

Teléfono: 411-8000
Anexo: Opción 3
Correo: atencionalasegurado@esaalud.gob.pe

Instancias de resolución de recursos

	Reconsideración	Apelación
Autoridad competente	- No aplica	- No aplica
Plazo máximo de presentación	No aplica	No aplica
Plazo máximo de respuesta	No aplica	No aplica

El recurso de reconsideración se interpondrá ante el mismo órgano que dictó el primer acto que es materia de la impugnación y deberá sustentarse en nueva prueba.

El recurso de apelación se interpondrá cuando la impugnación se sustente en diferente interpretación de las pruebas producidas o cuando se trate de cuestiones de puro derecho, debiendo dirigirse a la misma autoridad que expidió el acto que se impugna para que eleve lo actuado al superior jerárquico.

Base legal

Artículo	Denominación	Tipo	Número	Fecha Publicación
6, 7 y 8	Reglamento de Inscripción, Baja, Modificación de Datos de Derechohabientes, Cambio de Adscripción Temporal y Disposiciones para la Baja de Oficio de Asegurados del Seguro Social de Salud	Decreto Supremo	012-2019-TR	11/08/2019
Literal a) y b) del art. 2°	Ley de Creación del Seguro Social de Salud	Ley	27056	30/01/1999
6	Reglamento de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud	Decreto Supremo	002-99-TR	27/04/1999
3	Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud	Ley	26790	17/05/1997
30	Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud	Decreto Supremo	009-97-SA	09/09/1997
2 y 3	Ley que regula los requisitos para la inscripción y atención de los derechohabientes del titular del seguro de salud.	Ley	30183	28/04/2014
1° , 2° , 235° , 269° , 326° y 472	Código Civil.	Decreto Legislativo	295	25/07/1984
17° , 76° y 77°	Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud	Decreto Supremo	008-2010-SA	03/04/2010
25° y 51°	Decreto Legislativo del Notariado	Decreto Legislativo	1049	26/06/2008

Texto Único de Procedimientos Administrativos - "SEGURO SOCIAL DE SALUD"

Denominación del Procedimiento Administrativo

"Baja de asegurados derechohabientes"

Código: PA6161B83E

Descripción del procedimiento

El objetivo del procedimiento es declarar la extinción del derecho de cobertura del derechohabiente inscrito en los sistemas informáticos de ESSALUD, cuando se acredite que no tiene la condición de derechohabiente del afiliado titular. Puede ser solicitado por el: afiliado titular, cónyuge, concubino(a), padre, madre o en ausencia de éstos, el tutor o curador, según corresponda. Son causas de baja del derechohabiente: 1. Disolución del vínculo matrimonial; 2. Cese de la unión de hecho o concubinato; 3. Fallecimiento del afiliado titular o derechohabiente. Es necesario realizar el procedimiento en caso el asegurado titular haya variado su estado civil y desee declarar a un nuevo derechohabiente, o en caso haya finalizado su vínculo laboral con su empleador pueda solicitar su inscripción en otro seguro público, de corresponder. El solicitante recibirá un correo electrónico (Plataforma VIVA) o cargo del Formulario 1010- Formulario Único de Seguros debidamente sellado (plataforma presencial) como constancia de haber realizado el trámite. El procedimiento no es renovable.

Requisitos

Requisitos a presentar:

1. Formulario 1010 - Formulario Único de Seguros, debidamente llenado y firmado por el afiliado titular, cónyuge, concubino(a), padre, madre o en ausencia de éstos, el tutor o curador, según corresponda. En caso de fallecimiento del derechohabiente ocurrido en el país, será suficiente la presentación del Formulario 1010 debidamente llenado y firmado por quien corresponda.

2. Adicionalmente al Formulario 1010, debe presentar los siguientes requisitos, según corresponda:

- Por disolución del vínculo matrimonial en el país:

Copia simple de la resolución judicial, resolución de alcaldía, o de la escritura pública que declara disuelto el vínculo matrimonial. De no contar con los citados documentos, el administrado podrá presentar el Formato de Declaración Jurada para el Registro de Derechohabientes, debidamente llenado y firmado.

- Por disolución del vínculo matrimonial en el extranjero:

Copia simple del documento donde conste la disolución del vínculo matrimonial, cuyo original se encuentre legalizado por el consulado en el Perú del país donde se emitió el documento, o cuente con el sello de la Apostilla de La Haya. Si el documento se encuentra redactado en idioma distinto al español, se requiere la traducción.

- Por cese de la relación de unión de hecho o concubinato:

Formato de Declaración Jurada para la Inscripción y Baja de Derechohabientes, debidamente llenado y firmado, en el que se señale la fecha de cese de relación de unión de hecho o concubinato.

- Por fallecimiento en el extranjero:

Copia simple de la partida de defunción o su equivalente, cuyo original se encuentre legalizado por el consulado en el Perú del país donde falleció el derechohabiente o cuente con el sello de la Apostilla de La Haya. Si el documento se encuentra redactado en idioma distinto al español, se requiere la traducción.

Nota:

- La baja es obligatoria para todos aquellos que tuvieron la condición de derechohabientes del afiliado titular, correspondiendo el cumplimiento de la obligación de solicitarla a: a) El afiliado titular; b) El (la) cónyuge; c) El (la) concubino (a); d) El padre o madre que no tenga la condición de afiliado titular respecto del hijo menor de edad o hijo mayor de edad incapacitado en forma total y permanente para el trabajo; e) El tutor, respecto del hijo menor de edad o el curador respecto del hijo mayor de edad incapacitado en forma total y permanente para el trabajo; f) La madre gestante de hijo extramatrimonial, siempre que cuente con el documento de reconocimiento del padre afiliado titular.

Formularios

Formulario PDF: Declaración Jurada para Inscripción y Baja de Derechohabientes
Ubicación: http://sut.pcm.gob.pe/sutArchivos/file_6161_20220506_125401.pdf

Formulario PDF: 1010 Formulario Único de Seguros
Ubicación: http://sut.pcm.gob.pe/sutArchivos/file_6161_20201130_154957.pdf

Canales de atención

Atención Presencial: Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas - OSPE ubicadas a nivel nacional

<http://www.essalud.gob.pe/agencias-y-oficinas-de-seguros/>

Atención Virtual: Ventanilla Integral Virtual del Asegurado (VIVA) <https://viva.essalud.gob.pe/viva/login>

Pago por derecho de tramitación

Gratuito

Modalidad de pagos

Plazo de atención

1 días hábiles

Calificación del procedimiento

Aprobación automática: La solicitud es considerada aprobada desde el mismo momento de su presentación ante la entidad competente para conocerla, siempre que el administrado cumpla con los requisitos y entregue la documentación completa, exigidos en el TUPA de la entidad.

Sedes y horarios de atención

Texto Único de Procedimientos Administrativos - "SEGURO SOCIAL DE SALUD"

Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas -
OSPE, <http://www.essalud.gob.pe/agencias-y-oficinas-de-seguros/>

Lunes a viernes de 08:00 a 16:00. Sábados de 08:00 a 12:00.

Unidad de organización donde se presenta la documentación

Plataforma de Atención: Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas -OSPE, <http://www.essalud.gob.pe/agencias-y-oficinas-de-seguros/>

Unidad de organización responsable de aprobar la solicitud

Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas

Consulta sobre el procedimiento

Teléfono: 411-8000
Anexo: Opción 3
Correo: atencionalasegurado@esaalud.gob.pe

Instancias de resolución de recursos

	Reconsideración	Apelación
Autoridad competente	- No aplica	- No aplica
Plazo máximo de presentación	No aplica	No aplica
Plazo máximo de respuesta	No aplica	No aplica

El recurso de reconsideración se interpondrá ante el mismo órgano que dictó el primer acto que es materia de la impugnación y deberá sustentarse en nueva prueba.

El recurso de apelación se interpondrá cuando la impugnación se sustente en diferente interpretación de las pruebas producidas o cuando se trate de cuestiones de puro derecho, debiendo dirigirse a la misma autoridad que expidió el acto que se impugna para que eleve lo actuado al superior jerárquico.

Base legal

Artículo	Denominación	Tipo	Número	Fecha Publicación
10 y 11	Reglamento de Inscripción, Baja, Modificación de Datos de Derechohabientes, Cambio de Adscripción Temporal y Disposiciones para la Baja de Oficio de Asegurados del Seguro Social de Salud	Decreto Supremo	012-2019-TR	11/08/2019
Literal a) y b) del art. 2	Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD)	Ley	27056	30/01/1999
6	Reglamento de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud	Decreto Supremo	002-99-TR	27/04/1999
3	Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud	Ley	26790	17/05/1997
30	Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud	Decreto Supremo	009-97-SA	09/09/1997
61, 326 y 348	Código Civil	Decreto Legislativo	295	25/07/1984
1	Ley que regula el Procedimiento No Contencioso de la Separación Convencional y Divorcio Ulterior en las Municipalidades y Notarías	Ley	29227	16/05/2008
76	Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud	Decreto Supremo	008-2010-SA	03/04/2010

Texto Único de Procedimientos Administrativos - "SEGURO SOCIAL DE SALUD"

Denominación del Procedimiento Administrativo

"Modificación de datos de derechohabientes"

Código: PA61615A6E

Descripción del procedimiento

El objetivo del procedimiento es actualizar datos identificativos, domiciliarios o de estado civil, de los derechohabientes del afiliado titular, a fin de que puedan acceder a la cobertura que brinda EsSalud, así como para la recepción de las comunicaciones y/o notificaciones que en caso correspondan. Puede ser solicitado por el afiliado titular o el derechohabiente. Se obtiene para que ESSALUD cuente con información veraz y el derechohabiente acceda a las prestaciones y servicios de ESSALUD en el marco del aseguramiento. El solicitante recibirá un correo electrónico (Plataforma VIVA) o cargo del Formulario 1010- Formulario Único de Seguros debidamente sellado (plataforma presencial) como constancia de haber realizado el trámite. El procedimiento no es renovable.

Requisitos

1.- Formulario 1010 - Formulario Único de Seguros, debidamente llenado y firmado por el afiliado titular, cónyuge, concubino(a), padre, madre o en ausencia de éstos, el tutor o curador, según corresponda.

Formularios

Formulario PDF: 1010 Formulario Único de Seguros
Ubicación: http://sut.pcm.gob.pe/sutArchivos/file_6161_20201130_224804.pdf

Canales de atención

Atención Presencial: Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas –OSPE <http://www.essalud.gob.pe/agencias-y-oficinas-de-seguros/>
Atención Virtual: Ventanilla Integrada Virtual del Asegurado (VIVA) <https://viva.essalud.gob.pe/viva/login>

Pago por derecho de tramitación

Gratuito

Modalidad de pagos

Plazo de atención

1 días hábiles

Calificación del procedimiento

Aprobación automática: La solicitud es considerada aprobada desde el mismo momento de su presentación ante la entidad competente para conocerla, siempre que el administrado cumpla con los requisitos y entregue la documentación completa, exigidos en el TUPA de la entidad.

Sedes y horarios de atención

Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas - OSPE, <http://www.essalud.gob.pe/agencias-y-oficinas-de-seguros/>

Lunes a viernes de 08:00 a 16:00. Sábados de 08:00 a 12:00.

Unidad de organización donde se presenta la documentación

Plataforma de Atención: Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas -OSPE, <http://www.essalud.gob.pe/agencias-y-oficinas-de-seguros/>

Unidad de organización responsable de aprobar la solicitud

Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas

Consulta sobre el procedimiento

Teléfono: 411-8000
Anexo: Opción 3
Correo: atencionalasegurado@esaalud.gob.pe

Instancias de resolución de recursos

	Reconsideración	Apelación
Autoridad competente	- No aplica	- No aplica
Plazo máximo de presentación	No aplica	No aplica
Plazo máximo de	No aplica	No aplica

Texto Único de Procedimientos Administrativos - "SEGURO SOCIAL DE SALUD"

respuesta

El recurso de reconsideración se interpondrá ante el mismo órgano que dictó el primer acto que es materia de la impugnación y deberá sustentarse en nueva prueba.

El recurso de apelación se interpondrá cuando la impugnación se sustente en diferente interpretación de las pruebas producidas o cuando se trate de cuestiones de puro derecho, debiendo dirigirse a la misma autoridad que expidió el acto que se impugna para que eleve lo actuado al superior jerárquico.

Base legal

Artículo	Denominación	Tipo	Número	Fecha Publicación
12	Reglamento de Inscripción, Baja, Modificación de Datos de Derechohabientes, Cambio de Adscripción Temporal y Disposiciones para la Baja de Oficio de Asegurados del Seguro Social de Salud	Decreto Supremo	012-2019-TR	11/08/2019
Literal a) y b) del art. 2	Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD)	Ley	27056	30/01/1999
6	Reglamento de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud	Decreto Supremo	002-99-TR	27/04/1999
3	Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud	Ley	26790	17/05/1997
30	Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud	Decreto Supremo	009-97-SA	09/09/1997
76 y 82	Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud	Decreto Supremo	008-2010-SA	03/04/2010

Texto Único de Procedimientos Administrativos - "SEGURO SOCIAL DE SALUD"

Denominación del Procedimiento Administrativo

"Cambio de adscripción temporal del afiliado titular o derechohabientes"

Código: PA61617CAF

Descripción del procedimiento

El objetivo del procedimiento es realizar el cambio de adscripción de un establecimiento de salud a otro de la Red de ESSALUD, cuando el afiliado titular o el derechohabiente se desplacen de manera temporal a una provincia o departamento distinto al de la dirección consignada en su DNI. Para el presente procedimiento, Lima Metropolitana y Callao se consideran una misma provincia. Puede ser solicitado por el afiliado titular y cónyuge, concubino(a), padre, madre, tutor o curador, según corresponda, con la finalidad de que pueda acceder a las prestaciones que brinda ESSALUD en el lugar donde se desplazará. El solicitante recibirá un correo electrónico (Plataforma VIVA) o cargo del Formulario 1010- Formulario Único de Seguros debidamente sellado (plataforma presencial) como constancia de haber realizado el trámite. El procedimiento no es renovable.

Requisitos

- 1.- Formulario 1010- Formulario Único de Seguros
-En caso de desplazamiento por motivos laborales el formulario debe ser firmado por el empleador y el afiliado titular
-Para los demás casos:
El Formulario debidamente llenado y firmado por el afiliado titular y cónyuge, concubino(a), padre, madre, tutor o curador, según corresponda.

Formularios

Formulario PDF: 1010 Formulario Único de Seguros
Ubicación: http://sut.pcm.gob.pe/sutArchivos/file_6161_20201130_101020.pdf

Canales de atención

Atención Presencial: Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas -OSPE, ubicadas a nivel nacional
<http://www.essalud.gob.pe/agencias-y-oficinas-de-seguros/> Centros de Mejor Atención al Ciudadano (MAC)
Atención Virtual: Ventanilla Integral Virtual del Asegurado (VIVA) <https://viva.essalud.gob.pe/viva/login>

Pago por derecho de tramitación

Gratuito

Modalidad de pagos

Plazo de atención

1 días hábiles

Calificación del procedimiento

Aprobación automática: La solicitud es considerada aprobada desde el mismo momento de su presentación ante la entidad competente para conocerla, siempre que el administrado cumpla con los requisitos y entregue la documentación completa, exigidos en el TUPA de la entidad.

Sedes y horarios de atención

Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas - OSPE, <http://www.essalud.gob.pe/agencias-y-oficinas-de-seguros/>

Lunes a viernes de 08:00 a 16:00. Sábados de 08:00 a 12:00.

Unidad de organización donde se presenta la documentación

Plataforma de Atención: Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas -OSPE, <http://www.essalud.gob.pe/agencias-y-oficinas-de-seguros/>

Unidad de organización responsable de aprobar la solicitud

Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas

Consulta sobre el procedimiento

Teléfono: 411-8000
Anexo: Opción 3
Correo: atencionalasegurado@esaalud.gob.pe

Instancias de resolución de recursos

	Reconsideración	Apelación
Autoridad competente	- No aplica	- No aplica
Plazo máximo de	No aplica	No aplica

Texto Único de Procedimientos Administrativos - "SEGURO SOCIAL DE SALUD"

presentación		
Plazo máximo de respuesta	No aplica	No aplica

El recurso de reconsideración se interpondrá ante el mismo órgano que dictó el primer acto que es materia de la impugnación y deberá sustentarse en nueva prueba.

El recurso de apelación se interpondrá cuando la impugnación se sustente en diferente interpretación de las pruebas producidas o cuando se trate de cuestiones de puro derecho, debiendo dirigirse a la misma autoridad que expidió el acto que se impugna para que eleve lo actuado al superior jerárquico.

Base legal

Artículo	Denominación	Tipo	Número	Fecha Publicación
13	Reglamento de Inscripción, Baja, Modificación de Datos de Derechohabientes, Cambio de Adscripción Temporal y Disposiciones para la Baja de Oficio de Asegurados del Seguro Social de Salud	Decreto Supremo	012-2019-TR	11/08/2019
Literales b) del art. 2	Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD)	Ley	27056	30/01/1999
6	Reglamento de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud	Decreto Supremo	002-99-TR	27/04/1999
7	Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud	Decreto Supremo	027-2015-SA	13/08/2015

Texto Único de Procedimientos Administrativos - "SEGURO SOCIAL DE SALUD"

Denominación del Procedimiento Administrativo

"Subsidio por Incapacidad Temporal - Pago por la Entidad Empleadora con cargo a reembolso"

Código: PA6161DEB7

Descripción del procedimiento

El objetivo del procedimiento es restituir a las Entidades Empleadoras los montos correspondientes a los subsidios por Incapacidad Temporal para el Trabajo, los cuales pagaron directamente a sus trabajadores en la misma forma y oportunidad en que perciben sus remuneraciones o ingresos. El derecho al subsidio de Incapacidad Temporal para el Trabajo se adquiere a partir del vigésimo primer día de incapacidad y hasta donde dure la misma, con un plazo máximo de once (11) meses y diez (10) días consecutivos en cada caso de enfermedad, en tanto no realice trabajo remunerado. Durante los primeros veinte (20) días de incapacidad la Entidad Empleadora continúa obligada al pago de la remuneración. Para tal efecto, la Entidad Empleadora acumula los días de incapacidad remunerados durante cada año calendario por trabajador a su cargo. Dichos días deben ser sustentados en base a CITT o certificados médicos, a excepción de los trabajadores portuarios, quienes tienen derecho al subsidio desde el primer día de ocurrida la incapacidad.

Puede ser solicitado por el representante legal de la Entidad Empleadora o por otro funcionario a quien se le haya delegado dicha potestad, siempre que se cumpla con los requisitos establecidos y se encuentre al día en el pago de las aportaciones que dan derecho al otorgamiento de las prestaciones económicas, además de contar con el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT) del trabajador subsidiado. Deben obtenerlo porque es un derecho que lo otorga la Ley N° 26790 a los asegurados titulares durante el periodo de incapacidad. Respecto al entregable, se le realiza una orden de pago a través de los bancos con los cuales ESSALUD tiene convenio. El procedimiento no es renovable.

Requisitos

Requisitos a presentar:

1. Formulario N° 1040 - Formulario para Pago de Prestaciones Económicas, en la forma, plazo y condiciones debidos
2. Adicionalmente al Formulario 1040, debe presentar los siguientes requisitos, según corresponda:

- Documento de delegación o poder simple firmado por el representante legal, en caso de delegación a otros funcionarios o trabajadores de la entidad empleadora.
- En caso de fallecimiento del asegurado titular que recibió subsidio de su Entidad Empleadora, pero falleció sin haber firmado la solicitud de prestaciones económicas que sustente el reembolso:
Presentar documentos sustentatorios (copias simples de Cheques, Boletas de pago, Transferencia a Cuenta Bancaria del asegurado fallecido, Recibos, Liquidación de Beneficios Sociales, y otros similares) que acrediten fehacientemente que cumplió con pagar el subsidio al asegurado fallecido, familiar directo, curador, tutor o persona autorizada por aquél.

Notas:

-Las Entidades Empleadoras que solicitan el reembolso deben cumplir con lo siguiente:

- a) Estar al día en el pago de las aportaciones que dan derecho al otorgamiento de las prestaciones económicas.
- b) Contar con el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo - CITT del trabajador subsidiado.

-El subsidio de Incapacidad Temporal para el Trabajo se solicita una vez vencido el plazo que dure el descanso médico establecido en el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo-CITT. El plazo máximo para solicitar el subsidio es de seis (6) meses contados a partir de la fecha en que cesa el periodo de incapacidad del asegurado.

-Cuando el asegurado tenga dos o más empleadores, le corresponde solicitar a los profesionales de la salud tratantes los Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT) por cada uno de aquéllos.

-El pago de los subsidios se realiza en las entidades bancarias con las cuales EsSalud tenga convenio, a través de órdenes de pago. La orden de pago del subsidio vencerá en cartera bancaria a los veinte (20) días hábiles de haberse generado la misma.

Formularios

Formulario PDF: Formulario 1040 Solicitud de Prestaciones Económicas
Ubicación: http://sut.pcm.gob.pe/sutArchivos/file_6161_20201201_095846.pdf

Canales de atención

Atención Presencial: Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas -OSPE, ubicadas a nivel nacional <http://www.essalud.gob.pe/agencias-y-oficinas-de-seguros/>
Atención Virtual: Ventanilla Integrada Virtual del Asegurado (VIVA) <http://viva.essalud.gob.pe/viva/login>

Pago por derecho de tramitación

Gratuito

Modalidad de pagos

Plazo de atención

15 días hábiles

Calificación del procedimiento

Evaluación previa- Silencio Administrativo Negativo: Si vencido el plazo de atención, no obtiene respuesta, puede interponer los recursos administrativos.

Sedes y horarios de atención

Texto Único de Procedimientos Administrativos - "SEGURO SOCIAL DE SALUD"

Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas -
OSPE, <http://www.essalud.gob.pe/agencias-y-oficinas-de-seguros/>

Lunes a viernes de 08:00 a 16:00. Sábados de 08:00 a 12:00.

Unidad de organización donde se presenta la documentación

Plataforma de Atención : Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas -OSPE, <http://www.essalud.gob.pe/agencias-y-oficinas-de-seguros/>

Unidad de organización responsable de aprobar la solicitud

Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas

Consulta sobre el procedimiento

Teléfono: 411-8000
Anexo: Opción 3
Correo: atencionalasegurado@esaalud.gob.pe

Instancias de resolución de recursos

	Reconsideración	Apelación
Autoridad competente	Jefe de Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas - Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas	Sub Gerente de Regulación de Prestaciones Económicas - Sub Gerencia de Regulación de Prestaciones Económicas
Plazo máximo de presentación	15 días hábiles	15 días hábiles
Plazo máximo de respuesta	15 días hábiles	30 días hábiles

El recurso de reconsideración se interpondrá ante el mismo órgano que dictó el primer acto que es materia de la impugnación y deberá sustentarse en nueva prueba.

El recurso de apelación se interpondrá cuando la impugnación se sustente en diferente interpretación de las pruebas producidas o cuando se trate de cuestiones de puro derecho, debiendo dirigirse a la misma autoridad que expidió el acto que se impugna para que eleve lo actuado al superior jerárquico.

Base legal

Artículo	Denominación	Tipo	Número	Fecha Publicación
17, Literal b) del numeral 18.2 del artículo 18, artículo 19, Numeral 22.3 del artículo 22, artículo 36 y Literal b) del numeral 41.2 del artículo 41	Reglamento de Reconocimiento y Pago de Prestaciones Económicas de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud	Decreto Supremo	013-2019-TR	12/08/2019
12	Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y modificatorias	Ley	26790	17/05/1997
Numeral 1.2 del artículo 1	Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD)	Ley	27056	30/01/1999
15	Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y modificatorias.	Decreto Supremo	009-97-SA	09/09/1997

Texto Único de Procedimientos Administrativos - "SEGURO SOCIAL DE SALUD"

Denominación del Procedimiento Administrativo

"Subsidio por Incapacidad Temporal -Pago directo por EsSalud (Trabajadores del hogar, Asegurados pescadores y procesadores pesqueros artesanales independientes, Trabajadores portuarios con baja temporal, Asegurados agrarios independientes, Otros que sean incorporados por Ley)."

Código: PA616101D5

Descripción del procedimiento

El objetivo del procedimiento es realizar el pago directo del subsidio a los asegurados titulares de EsSalud que, debido a las particularidades de su relación laboral o por mandato legal, no les son aplicables la modalidad de reembolso, a efectos de resarcir la pérdida económica originada por la incapacidad temporal para trabajar. El derecho al subsidio de Incapacidad Temporal para el Trabajo se adquiere a partir del vigésimo primer día de incapacidad y hasta donde dure la misma, con un plazo máximo de once (11) meses y diez (10) días consecutivos en cada caso de enfermedad, en tanto no realice trabajo remunerado. Los trabajadores portuarios tienen derecho al subsidio desde el primer día de ocurrida la incapacidad. El procedimiento puede ser solicitado por Trabajadores del hogar, Asegurados pescadores y procesadores pesqueros artesanales independientes, Trabajadores portuarios con baja temporal, Asegurados agrarios independientes, Otros que sean incorporados por Ley. Deben obtenerlo porque es un derecho que lo otorga la Ley N° 26790 a los asegurados titulares durante el periodo de incapacidad. Respecto al entregable, se le realiza una orden de pago a través de los bancos con los cuales ESSALUD tiene convenio. El procedimiento no es renovable.

Requisitos

Requisitos a presentar:

- 1.- Formulario N° 1040 - Solicitud de Prestaciones Económicas, en la forma, plazo y condiciones debidos.
- 2.-Adicionalmente al Formulario 1040, debe presentar los siguientes requisitos, según corresponda:

- Si el trámite es realizado por un tercero, presentar carta poder simple firmada por el asegurado titular o representante legal, autorizándolo a realizar el trámite de la solicitud de prestaciones económicas.

- Cuando el titular del subsidio haya fallecido sin tramitar el subsidio por Pago Directo, los herederos deberán presentar:

- Si el importe del subsidio no cobrado es menor a media (1/2) Unidad Impositiva Tributaria - UIT: Presentar Declaración Jurada con firma y huella digital de cada uno de los herederos, en el que se declaren como tales y designan a uno de ellos para que en nombre de los demás, solicite el pago del subsidio devengado y no cobrado.
- Si el importe del subsidio no cobrado es mayor a media (1/2) UIT y hasta 3 UIT: Presentar copia simple del documento (Testamento o Sucesión Intestada) que acredite a los herederos como tales, así como poder otorgado a uno de ellos para que, en representación de los demás, solicite el pago del subsidio devengado y no cobrado.
- Más de 3 UIT: Presentar copia simple del documento (Testamento o Sucesión Intestada) que acredite a los herederos como tales, y exhibir poder por Escritura Pública.

Notas:

- El subsidio de Incapacidad Temporal para el Trabajo se solicita una vez vencido el plazo que dure el descanso médico establecido en el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo-CITT. El plazo máximo para solicitar el subsidio es de seis (6) meses contados a partir de la fecha en que cesa el periodo de incapacidad del asegurado.
- Cuando el asegurado tenga dos o más empleadores, le corresponde solicitar a los profesionales de la salud tratantes los Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT) por cada uno de aquéllos.
- El pago de los subsidios se realiza en las entidades bancarias con las cuales EsSalud tenga convenio, a través de órdenes de pago. La orden de pago del subsidio vencerá en cartera bancaria a los veinte (20) días hábiles de haberse generado la misma.

Formularios

Formulario PDF: Formulario 1040 Solicitud de Prestaciones Económicas
Ubicación: http://sut.pcm.gob.pe/sutArchivos/file_6161_20201201_150214.pdf

Canales de atención

Atención Presencial: Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas -OSPE, ubicadas a nivel nacional <http://www.essalud.gob.pe/agencias-y-oficinas-de-seguros/>
Atención Virtual: Ventanilla Integrada Virtual del Asegurado (VIVA) <http://viva.essalud.gob.pe/viva/login>

Pago por derecho de tramitación

Gratuito

Modalidad de pagos

Plazo de atención

15 días hábiles

Calificación del procedimiento

Evaluación previa- Silencio Administrativo Negativo: Si vencido el plazo de atención, no obtiene respuesta, puede interponer los recursos administrativos.

Sedes y horarios de atención

Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas - OSPE, <http://www.essalud.gob.pe/agencias-y-oficinas-de-seguros/>

Lunes a viernes de 08:00 a 16:00. Sábados de 08:00 a 12:00.

Texto Único de Procedimientos Administrativos - "SEGURO SOCIAL DE SALUD"

Unidad de organización donde se presenta la documentación

Plataforma de Atención: Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas -OSPE, <http://www.essalud.gob.pe/agencias-y-oficinas-de-seguros/>

Unidad de organización responsable de aprobar la solicitud

Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas

Consulta sobre el procedimiento

Teléfono: 411-8000
Anexo: Opción 3
Correo: atencionalasegurado@esaalud.gob.pe

Instancias de resolución de recursos

	Reconsideración	Apelación
Autoridad competente	Jefe de Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas - Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas	Sub Gerente de Regulación de Prestaciones Económicas - Sub Gerencia de Regulación de Prestaciones Económicas
Plazo máximo de presentación	15 días hábiles	15 días hábiles
Plazo máximo de respuesta	15 días hábiles	30 días hábiles

El recurso de reconsideración se interpondrá ante el mismo órgano que dictó el primer acto que es materia de la impugnación y deberá sustentarse en nueva prueba.

El recurso de apelación se interpondrá cuando la impugnación se sustente en diferente interpretación de las pruebas producidas o cuando se trate de cuestiones de puro derecho, debiendo dirigirse a la misma autoridad que expidió el acto que se impugna para que eleve lo actuado al superior jerárquico.

Base legal

Artículo	Denominación	Tipo	Número	Fecha Publicación
16; numeral 2.2.1 del artículo 22; 36 y numeral 41.1 del artículo 41	Reglamento de Reconocimiento y Pago de Prestaciones Económicas de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud	Decreto Supremo	013-2019-TR	12/08/2019
9 y Literal a) del Art. 12	Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y modificatorias.	Ley	26790	17/05/1997
Numeral 1.2 del artículo 1	Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD)	Ley	27056	30/01/1999
15	Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud	Decreto Supremo	009-97-SA	09/09/1997

Texto Único de Procedimientos Administrativos - "SEGURO SOCIAL DE SALUD"

Denominación del Procedimiento Administrativo

"Subsidio por Maternidad - Pago por la Entidad Empleadora con cargo a reembolso"

Código: PA6161191F

Descripción del procedimiento

El objetivo del procedimiento es restituir a las Entidades Empleadoras el monto correspondiente al subsidio por maternidad, que abonaron a su trabajadora en la misma forma y oportunidad en que percibe su remuneración o ingreso, a efectos de resarcir el lucro cesante como consecuencia del alumbramiento, cumpliendo con los requisitos y las condiciones definidas en el artículo 12 de la Ley N° 26790. El procedimiento puede ser solicitado por la Entidad Empleadora, o por otro funcionario a quien se le haya delegado dicha potestad, siempre que se encuentre al día en el pago de las aportaciones que dan derecho al otorgamiento de las prestaciones económicas y que cuente con el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT) de la trabajadora subsidiada. Deben obtenerlo porque es un derecho que lo otorga la Ley N° 26790 a las aseguradas titulares. Respecto al entregable, se le realiza una orden de pago a través de los bancos con los cuales ESSALUD tiene convenio. El procedimiento no es renovable.

Requisitos

Requisitos a presentar:

1. Formulario N° 1040 - Formulario para Pago de Prestaciones Económicas, en la forma, plazo y condiciones debidos
2. Adicionalmente al Formulario 1040, debe presentar los siguientes requisitos, según corresponda:

-Documento de delegación o poder simple firmado por el representante legal, en caso de delegación a otros funcionarios o trabajadores de la entidad empleadora.

-En caso de fallecimiento de la asegurada titular que recibió subsidio por parte de su empleador, pero no firmó la solicitud de prestaciones económicas que sustente el pago con cargo a reembolso:

El empleador deberá presentar documentos sustentatorios (copias simples de Cheques, Boletas de pago, 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, curador, tutor o persona autorizada por aquélla.

Notas:

-La asegurada, para acceder al subsidio, deberá 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.

- El plazo máximo para solicitar el subsidio por Maternidad es de seis (6) meses contados a partir de la fecha en que termina el período máximo postparto, o desde la fecha de término del período de licencia consignada en el CITT. Para fines de esta evaluación, se considerará el plazo más favorable a la asegurada.

- Las Entidades Empleadoras que solicitan el reembolso deben cumplir con lo siguiente:

- a) Estar al día en el pago de las aportaciones que dan derecho al otorgamiento de las prestaciones económicas.
- b) Contar con el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo - CITT de la trabajadora subsidiada

- Cuando la asegurada tenga dos o más empleadores, le corresponde solicitar a los profesionales de la salud tratantes los Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT) por cada uno de aquéllos.

- El pago de los subsidios se realiza en las entidades bancarias con las cuales EsSalud tenga convenio, a través de órdenes de pago. La orden de pago del subsidio vencerá en cartera bancaria a los veinte (20) días hábiles de haberse generado la misma.

Formularios

Formulario PDF: Formulario 1040 Solicitud de Prestaciones Económicas
Ubicación: http://sut.pcm.gob.pe/sutArchivos/file_6161_20201201_164248.pdf

Canales de atención

Atención Presencial: Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas, ubicadas a nivel nacional <http://www.essalud.gob.pe/agencias-y-oficinas-de-seguros/>

Atención Virtual: Ventanilla Integrada Virtual del Asegurado (VIVA) <http://viva.essalud.gob.pe/viva/login>

Pago por derecho de tramitación

Gratuito

Modalidad de pagos

Plazo de atención

15 días hábiles

Calificación del procedimiento

Evaluación previa- Silencio Administrativo Negativo: Si vencido el plazo de atención, no obtiene respuesta, puede interponer los recursos administrativos.

Sedes y horarios de atención

Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas - OSPE, <http://www.essalud.gob.pe/agencias-y-oficinas-de-seguros/>

Lunes a viernes de 08:00 a 16:00. Sábados de 08:00 a 12:00.

Texto Único de Procedimientos Administrativos - "SEGURO SOCIAL DE SALUD"

Unidad de organización donde se presenta la documentación

Plataforma de Atención: Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas -OSPE, <http://www.essalud.gob.pe/agencias-y-oficinas-de-seguros/>

Unidad de organización responsable de aprobar la solicitud

Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas

Consulta sobre el procedimiento

Teléfono: 411-8000
Anexo: Opción 3
Correo: atencionalasegurado@esaalud.gob.pe

Instancias de resolución de recursos

	Reconsideración	Apelación
Autoridad competente	Jefe de Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas - Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas	Sub Gerente de Regulación de Prestaciones Económicas - Sub Gerencia de Regulación de Prestaciones Económicas
Plazo máximo de presentación	15 días hábiles	15 días hábiles
Plazo máximo de respuesta	15 días hábiles	30 días hábiles

El recurso de reconsideración se interpondrá ante el mismo órgano que dictó el primer acto que es materia de la impugnación y deberá sustentarse en nueva prueba.

El recurso de apelación se interpondrá cuando la impugnación se sustente en diferente interpretación de las pruebas producidas o cuando se trate de cuestiones de puro derecho, debiendo dirigirse a la misma autoridad que expidió el acto que se impugna para que eleve lo actuado al superior jerárquico.

Base legal

Artículo	Denominación	Tipo	Número	Fecha Publicación
Líteral b) del numeral 18.2 del artículo 18, 22, 42 y numeral 43.2 del artículo 43	Reglamento de Reconocimiento y Pago de Prestaciones Económicas de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud	Decreto Supremo	013-2019-TR	12/08/2019
Numeral 1.2 del artículo 1	Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD)	Ley	27056	30/01/1999
9 y 12	Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y modificatorias.	Ley	26790	17/05/1997
16	Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y modificatorias.	Decreto Supremo	009-97-SA	09/09/1997
2	Reglamento de la Ley N° 26644, Ley que precisa el goce del derecho de descanso pre natal y post natal de la trabajadora gestante	Decreto Supremo	005-2011-TR	17/05/2011

Texto Único de Procedimientos Administrativos - "SEGURO SOCIAL DE SALUD"

Denominación del Procedimiento Administrativo

"Subsidio por Maternidad - Pago directo por EsSalud (Trabajadores del hogar, Asegurados pescadores y procesadores pesqueros artesanales independientes, Trabajadores portuarios con baja temporal, Asegurados agrarios independientes, Otros que sean incorporados por Ley)"

Código: PA6161013A

Descripción del procedimiento

El objetivo del procedimiento es realizar el pago directo del subsidio por maternidad a las aseguradas titulares de EsSalud, a efectos de resarcir el lucro cesante como consecuencia del alumbramiento. Las condiciones que se toman en cuenta para la evaluación en el procedimiento se encuentran definidas en el artículo 12 de la Ley N° 26790. El procedimiento puede ser solicitado por las aseguradas titulares Trabajadoras del hogar, Aseguradas pescadoras y procesadoras pesqueros artesanales independientes, Trabajadoras portuarias con baja temporal, aseguradas agrario independientes, Otros que sean incorporados por Ley Deben obtenerlo porque es un derecho que lo otorga la Ley N° 26790 a las aseguradas titulares. Respecto al entregable, se le realiza una orden de pago a través de los bancos con los cuales ESSALUD tiene convenio. El procedimiento no es renovable.

Requisitos

Requisitos a presentar:

1. Presentar el Formulario N° 1040 - Solicitud de Prestaciones Económicas, en la forma, plazo y condiciones debidos.
2. Adicionalmente al Formulario 1040, debe presentar los siguientes requisitos, según corresponda:

- Si el trámite es realizado por un tercero, presentar carta poder simple firmada por el asegurado titular o representante legal, autorizándolo a realizar el trámite de la solicitud de prestaciones económicas.
- Cuando las aseguradas titulares fallecieron sin tramitar el subsidio por Pago Directo, los herederos deberán presentar:
 - Si el importe del subsidio no cobrado es menor a media (1/2) Unidad Impositiva Tributaria - UIT: Presentar Declaración Jurada con firma y huella digital de cada uno de los herederos, en el que se declaran como tales y designan a uno de ellos para que en nombre de los demás, solicite el pago del subsidio devengado y no cobrado.
 - Si el importe del subsidio no cobrado es mayor a media (1/2) UIT y hasta 3 UIT: Presentar (i) copia simple del documento (Testamento o Sucesión Intestada) que acredite a los herederos como tales, así como (ii) poder simple otorgado a uno de ellos para que, en representación de los demás, solicite el pago del subsidio devengado y no cobrado.
 - Más de 3 UIT: Presentar copia simple del documento (Testamento o Sucesión Intestada) que acredite a los herederos como tales, y exhibir poder por Escritura Pública.

Notas:

- El plazo máximo para solicitar el subsidio por Maternidad es de seis (6) meses contados a partir de la fecha en que termina el período máximo postparto, o desde la fecha de término del período de licencia consignada en el CITT. Para fines de esta evaluación, se considerará el plazo más favorable a la asegurada.
- La asegurada, para acceder al subsidio, deberá 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.
- Cuando la asegurada tenga dos o más empleadores, le corresponde solicitar a los profesionales de la salud tratantes los Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT) por cada uno de aquéllos.
- El pago de los subsidios se realiza en las entidades bancarias con las cuales EsSalud tenga convenio, a través de órdenes de pago. La orden de pago del subsidio vencerá en cartera bancaria a los veinte (20) días hábiles de haberse generado la misma.

Formularios

Formulario PDF: Formulario 1040 Solicitud de Prestaciones Económicas
Ubicación: http://sut.pcm.gob.pe/sutArchivos/file_6161_20201201_191025.pdf

Canales de atención

Atención Presencial: Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas -OSPE, ubicadas a nivel nacional <http://www.essalud.gob.pe/agencias-y-oficinas-de-seguros/>
Atención Virtual: Ventanilla Integrada Virtual del Asegurado (VIVA) <http://viva.essalud.gob.pe/viva/login>

Pago por derecho de tramitación

Gratuito

Modalidad de pagos

Plazo de atención

15 días hábiles

Calificación del procedimiento

Evaluación previa- Silencio Administrativo Negativo: Si vencido el plazo de atención, no obtiene respuesta, puede interponer los recursos administrativos.

Sedes y horarios de atención

Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas - OSPE, <http://www.essalud.gob.pe/agencias-y-oficinas-de-seguros/>

Lunes a viernes de 08:00 a 16:00. Sábados de 08:00 a 12:00.

Texto Único de Procedimientos Administrativos - "SEGURO SOCIAL DE SALUD"

Unidad de organización donde se presenta la documentación

Plataforma de Atención: Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas -OSPE, <http://www.essalud.gob.pe/agencias-y-oficinas-de-seguros/>

Unidad de organización responsable de aprobar la solicitud

Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas

Consulta sobre el procedimiento

Teléfono: 411-8000
Anexo: Opción 3
Correo: atencionalasegurado@esaalud.gob.pe

Instancias de resolución de recursos

	Reconsideración	Apelación
Autoridad competente	Jefe de Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas - Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas	Sub Gerente de Regulación de Prestaciones Económicas - Sub Gerencia de Regulación de Prestaciones Económicas
Plazo máximo de presentación	15 días hábiles	15 días hábiles
Plazo máximo de respuesta	15 días hábiles	30 días hábiles

El recurso de reconsideración se interpondrá ante el mismo órgano que dictó el primer acto que es materia de la impugnación y deberá sustentarse en nueva prueba.

El recurso de apelación se interpondrá cuando la impugnación se sustente en diferente interpretación de las pruebas producidas o cuando se trate de cuestiones de puro derecho, debiendo dirigirse a la misma autoridad que expidió el acto que se impugna para que eleve lo actuado al superior jerárquico.

Base legal

Artículo	Denominación	Tipo	Número	Fecha Publicación
Numeral 16.1 del artículo 16, Numeral 22.2 del artículo 22; artículo 42 y los literales a, b, c y d del numeral 43.1 del artículo 43	Reglamento de Reconocimiento y Pago de Prestaciones Económicas de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud	Decreto Supremo	013-2019-TR	12/08/2019
Numeral 1.2 del artículo 1	Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD)	Ley	27056	30/01/1999
9 y 12	Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y modificatorias.	Ley	26790	17/05/1997
1	Precisan el goce del derecho de descanso pre-natal y post-natal de la trabajadora gestante	Ley	26644	27/06/1996
2	Reglamento de la Ley N° 26644, Ley que precisa el goce del derecho de descanso pre natal y post natal de la trabajadora gestante	Decreto Supremo	005-2011-TR	17/05/2011
16	Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud	Decreto Supremo	009-97-SA	09/09/1997

Texto Único de Procedimientos Administrativos - "SEGURO SOCIAL DE SALUD"

Denominación del Procedimiento Administrativo

"Subsidio por Lactancia"

Código: PA61616223

Descripción del procedimiento

El objetivo del procedimiento es contribuir al cuidado del hijo (a) recién nacido vivo de un asegurado titular, a través del otorgamiento de una prestación económica. En caso de parto múltiple el subsidio por Lactancia será abonado por cada recién nacido vivo. Puede ser solicitado por la madre del recién nacido o por el asegurado titular. Deben obtenerlo porque es un derecho que lo otorga la Ley N° 26790. Respecto al entregable, se le realiza una orden de pago a través de los bancos con los cuales ESSALUD tiene convenio. El procedimiento no es renovable.

Requisitos

Requisitos a presentar:

1. Presentar el Formulario N° 1040 - Solicitud de Prestaciones Económicas, en la forma, plazo y condiciones debidos.
2. Adicionalmente al Formulario 1040, debe presentar los siguientes requisitos, según corresponda:

- **En caso la solicitud sea presentada por un tercero**, se deberá adjuntar Carta Poder Simple firmada por el asegurado(a) titular y/o madre o tutor autorizando el trámite de la solicitud de prestaciones económicas.
- **En caso de fallecimiento de la madre:**
 - Si se tramita por el padre del lactante: Presentar copia simple del Acta o Certificado de Defunción de la madre de lactante.
 - Si se tramita por el tutor deberá presentar además: Documento que acredite la tutela del lactante: sentencia judicial u otro permitido por normas vigentes.
- **Si la madre es menor de edad, 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 simple del documento que lo acredite como tal: partida de nacimiento, sentencia judicial u otro permitido por normas vigentes. En ausencia de ellos, el subsidio será pagado al asegurado (padre del lactante).
- **Madre declarada incapaz:** cuando la madre es declarada incapaz, el subsidio se pagará a través del curador, quien presentará copia simple del documento que lo acredite como tal: sentencia judicial u otro permitido por normas vigentes.

Notas:

- El plazo máximo para solicitar el subsidio por Lactancia es de seis (6) meses contados a partir de la fecha del período máximo postparto. Para los casos de prestaciones económicas por Lactancia de pensionistas a quienes se les reconozca tal condición con posterioridad al nacimiento del menor, el período de prescripción se cuenta a partir de la notificación de la resolución que los reconoce como tales.
- El pago de los subsidios se realiza en las entidades bancarias con las cuales EsSalud tenga convenio, a través de órdenes de pago. La orden de pago del subsidio vencerá en cartera bancaria a los veinte (20) días hábiles de haberse generado la misma.

Formularios

Formulario PDF: Formulario 1040 Solicitud de Prestaciones Económicas
Ubicación: http://sut.pcm.gob.pe/sutArchivos/file_6161_20201201_200927.pdf

Canales de atención

Atención Presencial: Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas -OSPE, ubicadas a nivel nacional <http://www.essalud.gob.pe/agencias-y-oficinas-de-seguros/>
Atención Virtual: Ventanilla Integrada Virtual del Asegurado (VIVA) <http://viva.essalud.gob.pe/viva/login>

Pago por derecho de tramitación

Gratuito

Modalidad de pagos

Plazo de atención

15 días hábiles

Calificación del procedimiento

Evaluación previa- Silencio Administrativo Negativo: Si vencido el plazo de atención, no obtiene respuesta, puede interponer los recursos administrativos.

Sedes y horarios de atención

Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas - OSPE, <http://www.essalud.gob.pe/agencias-y-oficinas-de-seguros/>

Lunes a viernes de 08:00 a 16:00. Sábados de 08:00 a 12:00.

Unidad de organización donde se presenta la documentación

Plataforma de Atención: Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas -OSPE, <http://www.essalud.gob.pe/agencias-y-oficinas-de-seguros/>

Texto Único de Procedimientos Administrativos - "SEGURO SOCIAL DE SALUD"

Unidad de organización responsable de aprobar la solicitud

Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas

Consulta sobre el procedimiento

Teléfono: 411-8000
Anexo: Opción 3
Correo: atencionalasegurado@esaalud.gob.pe

Instancias de resolución de recursos

	Reconsideración	Apelación
Autoridad competente	Jefe de Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas - Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas	Sub Gerente de Regulación de Prestaciones Económicas - Sub Gerencia de Regulación de Prestaciones Económicas
Plazo máximo de presentación	15 días hábiles	15 días hábiles
Plazo máximo de respuesta	15 días hábiles	30 días hábiles

El recurso de reconsideración se interpondrá ante el mismo órgano que dictó el primer acto que es materia de la impugnación y deberá sustentarse en nueva prueba.

El recurso de apelación se interpondrá cuando la impugnación se sustente en diferente interpretación de las pruebas producidas o cuando se trate de cuestiones de puro derecho, debiendo dirigirse a la misma autoridad que expidió el acto que se impugna para que eleve lo actuado al superior jerárquico.

Base legal

Artículo	Denominación	Tipo	Número	Fecha Publicación
Numeral 16.1 del Artículo. 16; Numeral 22.2 del artículo 22, Art. 44; Numeral 45.1 del artículo 45, Literales a, b y c del numeral 46.1; Literales a y b del numeral 46.2 y, numeral 46.3 del artículo 46.	Reglamento de Reconocimiento y Pago de Prestaciones Económicas de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud	Decreto Supremo	013-2019-TR	12/08/2019
Numeral 1.2 del artículo 1	Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD)	Ley	27056	30/01/1999
Literal b del artículo 12	Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud	Ley	26790	17/05/1997
17	Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud	Decreto Supremo	009-97-SA	09/09/1997

Texto Único de Procedimientos Administrativos - "SEGURO SOCIAL DE SALUD"

Denominación del Procedimiento Administrativo

"Pago de Prestación por Sepelio"

Código: PA61610EB6

Descripción del procedimiento

El procedimiento tiene por objetivo, cubrir, hasta el monto tope determinado por ESSALUD, los servicios funerarios por la muerte del asegurado regular, sea activo o pensionista, previa evaluación del cumplimiento de los requisitos y condiciones establecidas para su otorgamiento. Puede ser solicitado por los familiares, excluyentemente y en el siguiente orden: el Cónyuge o concubino (a) del difunto, o Descendientes, Ascendientes, Hermano(a), Tercero.
Deben obtenerlo porque es un derecho que lo otorga la Ley N° 26790. Respecto al entregable, se le realiza una orden de pago a través de los bancos con los cuales ESSALUD tiene convenio. El procedimiento no es renovable.

Requisitos

Requisitos a presentar:

1. Presentar el Formulario N° 1040 - Solicitud de Prestaciones Económicas, en la forma, plazo y condiciones debidos.
2. Exhibir comprobantes de pago originales por los gastos funerarios, haciendo referencia al nombre del asegurado fallecido y emitidos a nombre del familiar o tercero que realiza el gasto. Los gastos funerarios pueden referirse a: nicho o sepultura, cremación o entierro, ataúd o urna, capilla ardiente, carroza, transporte, mortaja o traje de preparación de cadáver, emitidos a nombre del familiar o tercero.

3. Adicionalmente a los requisitos precedentes, debe presentar los siguientes requisitos, según corresponda:

- Solicitado por Tercero:
Si el gasto hubiese sido efectuado por un tercero, además de los dos requisitos precedentes, deberá contar con la Declaración Jurada del familiar que reconozca el gasto hecho por el tercero; o evidencia presentada por el tercero que pruebe que ha tenido bajo su cuidado al asegurado.
- En caso de asegurado que fallece en el extranjero:
Exhibir comprobante de pago en original, con firmas legalizadas de la Oficinas Consulares de Perú o el documento con el sello de Apostilla de la Haya.
- Cuando el familiar o tercero que realizó el gasto haya fallecido, los herederos presentarán:
 - Copia simple del documento que los acredite como tales (testamento o sucesión Intestada).
 - Autorización con firma y huella digital de cada uno de los herederos del familiar o tercero que realizó el gasto, designando a uno de ellos para que, en representación de todos, solicite el pago de la prestación por Sepelio.

Notas:

- El plazo máximo para solicitar la prestación por sepelio es de seis (6) meses contados a partir de la fecha de fallecimiento del asegurado titular. Para los casos de prestaciones económicas por sepelio de pensionistas a quienes se les reconozca tal condición con posterioridad al fallecimiento del pensionista, el período de prescripción se cuenta a partir de la notificación de la resolución que los reconoce como tales.
- El pago de los subsidios se realiza en las entidades bancarias con las cuales EsSalud tenga convenio, a través de órdenes de pago. La orden de pago del subsidio vencerá en cartera bancaria a los veinte (20) días hábiles de haberse generado la misma.

Formularios

Formulario PDF: Formulario 1040 Solicitud de Prestaciones Económicas
Ubicación: http://sut.pcm.gob.pe/sutArchivos/file_6161_20201202_090631.pdf

Canales de atención

Atención Presencial: Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas -OSPE, ubicadas a nivel nacional <http://www.essalud.gob.pe/agencias-y-oficinas-de-seguros/>
Atención Virtual: Ventanilla Integrada Virtual del Asegurado (VIVA) <http://viva.essalud.gob.pe/viva/login>

Pago por derecho de tramitación

Gratuito

Modalidad de pagos

Plazo de atención

15 días hábiles

Calificación del procedimiento

Evaluación previa- Silencio Administrativo Negativo: Si vencido el plazo de atención, no obtiene respuesta, puede interponer los recursos administrativos.

Sedes y horarios de atención

Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas - OSPE, <http://www.essalud.gob.pe/agencias-y-oficinas-de-seguros/> Lunes a Viernes de 08:00 a 16:00. Sábados de 08:00 a 12:00.

Unidad de organización donde se presenta la documentación

Texto Único de Procedimientos Administrativos - "SEGURO SOCIAL DE SALUD"

Plataforma de Atención: Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas -OSPE, <http://www.essalud.gob.pe/agencias-y-oficinas-de-seguros/>

Unidad de organización responsable de aprobar la solicitud

Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas

Consulta sobre el procedimiento

Teléfono: 411-8000
Anexo: Opción 3
Correo: atencionalasegurado@esaalud.gob.pe

Instancias de resolución de recursos

	Reconsideración	Apelación
Autoridad competente	Jefe de Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas - Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas	Sub Gerente de Regulación de Prestaciones Económicas - Sub Gerencia de Regulación de Prestaciones Económicas
Plazo máximo de presentación	15 días hábiles	15 días hábiles
Plazo máximo de respuesta	15 días hábiles	30 días hábiles

El recurso de reconsideración se interpondrá ante el mismo órgano que dictó el primer acto que es materia de la impugnación y deberá sustentarse en nueva prueba.

El recurso de apelación se interpondrá cuando la impugnación se sustente en diferente interpretación de las pruebas producidas o cuando se trate de cuestiones de puro derecho, debiendo dirigirse a la misma autoridad que expidió el acto que se impugna para que eleve lo actuado al superior jerárquico.

Base legal

Artículo	Denominación	Tipo	Número	Fecha Publicación
Numeral 16.1 del Artículo 16; Artículo 48, Numeral 49.2 y 49.3 del artículo 49, Numeral 50.1 del artículo 50, Literales a) y b) del numeral 50.2 del artículo 50.	Reglamento de Reconocimiento y Pago de Prestaciones Económicas de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud	Decreto Supremo	013-2019-TR	12/08/2019
9	Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud	Ley	26790	17/05/1997
18	Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud	Decreto Supremo	009-97-SA	09/09/1997

SECCIÓN N° 2: SERVICIOS PRESTADOS EN EXCLUSIVIDAD

Texto Único de Procedimientos Administrativos - "SEGURO SOCIAL DE SALUD"

Denominación del Servicio

"Certificado Médico para el trámite de pensión de invalidez del Decreto Ley N° 19990"

Código: SE6161DE22

Descripción del Servicio

El objetivo del procedimiento es expedir el Certificado Médico, previsto en el D.S. N° 166-2005-EF, en el cual la Comisión Médica Calificadora de la Incapacidad -CMCI determina el grado y la naturaleza de la incapacidad de una persona, conforme a las normas vigentes. Puede ser solicitado por el asegurado que presenten incapacidad temporal prolongada establecida en la Ley N° 26790 y por prórroga de pensión. El Certificado Médico es un requisito obligatorio para iniciar el trámite de pago de pensiones por invalidez en el Sistema Nacional de Pensiones. El procedimiento no es renovable. La atención del servicio será de acuerdo a la capacidad resolutoria de las Redes Asistenciales y/o Prestacionales de ESSALUD. El plazo establecido para la atención del servicio no incluye el tiempo que demande la ejecución de interconsultas médicas y/o exámenes auxiliares de ayuda al diagnóstico, que adicionalmente requiera la Comisión Médica.

Requisitos

- 1.- Formulario de Trámite de Gestión Múltiple, que incluye la fecha y número de comprobante de pago del derecho de tramitación
- 2.- Mostrar documento de identidad original (DNI, Carné de Extranjería, Pasaporte) al momento de la evaluación médica.
- 3.- Los solicitantes deben ser asegurados por Incapacidad Temporal Prolongada establecida en la Ley N° 26790, y por prórroga de pensión
- 4.- El costo del servicio no incluye el costo de los exámenes auxiliares y/o interconsultas adicionales que requiera la Comisión Médica de Calificación de la Incapacidad para determinar la condición de incapacidad, los cuales son asumidos por el solicitante

Formularios

Formulario PDF: Formulario de Trámite de Gestión Múltiple
Ubicación: http://sut.pcm.gob.pe/sutArchivos/file_6161_20220113_104049.pdf

Canales de atención

Atención Presencial: Establecimientos de Salud donde se haya constituido una Comisión Médica Calificadora de la Incapacidad - CMCI http://www.essalud.gob.pe/direccion-de-la-entidad-y-telefonos/http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/informacion/RESOLUCION_1241_GG_ESSALUD_2015.pdf
Atención Virtual: Mesa de Partes Digital <https://mpv.essalud.gob.pe/Login/>

Pago por derecho de tramitación

Monto - S/ 239.70

Modalidad de pago

Caja de la Entidad

Efectivo:
Pago en soles, en la Oficina de Tesorería o la que haga sus veces

Plazo

30 días hábiles

Sedes y horarios de atención

Establecimientos de Salud donde se haya constituido una Comisión Médica Calificadora de la Incapacidad - CMCI
(http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/informacion/RESOLUCION_1241_GG_ESSALUD_2015.pdf)

Lunes a viernes de 08:00 a 14:00.

Unidad de organización donde se presenta la documentación

Oficina de Trámite Documentario/ Mesa de partes o la que haga sus veces: Establecimientos de Salud donde se haya constituido una Comisión Médica Calificadora de la Incapacidad -CMCI
(http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/informacion/RESOLUCION_1241_GG_ESSALUD_2015.pdf)

Unidad de organización responsable de aprobar la solicitud

Dirección de Establecimiento de Salud

Consulta sobre el Servicio

Teléfono: 411-8000
Anexo: Opción 3
Correo: atencionalasegurado@esaalud.gob.pe

Texto Único de Procedimientos Administrativos - "SEGURO SOCIAL DE SALUD"

Base legal

Artículo	Denominación	Tipo	Número	Fecha Publicación
9	Decreto Supremo que aprueba los servicios prestados en exclusividad brindados por el Seguro Social de Salud - ESSALUD	Decreto Supremo	020-2021-TR	25/11/2021

Texto Único de Procedimientos Administrativos - "SEGURO SOCIAL DE SALUD"

Denominación del Servicio

"Certificado Médico conforme a la Ley N° 30012, Ley que concede el derecho de licencia a trabajadores con familiares directos que se encuentran con enfermedades en estado grave o terminal o sufran accidente grave"

Código: SE616117BD

Descripción del Servicio

El Certificado Médico Ley N° 30012 es el documento emitido por un profesional médico habilitado, perteneciente a un establecimiento de salud de la Red de ESSALUD, que tiene por objeto hacer constar que un familiar directo (hijo, padre o madre, cónyuge o conviviente, o persona bajo su curatela o tutela) de un trabajador, asegurado de ESSALUD, se encuentra en estado grave o terminal, o que ha sufrido un accidente que pone en serio riesgo su vida. Puede ser solicitado por el trabajador y/o familiar directo del paciente. Deben obtenerlo porque es un requisito para que el trabajador pueda solicitar licencia, conforme a las normas vigentes, ante su empleador, a efectos de poder asistir a su familiar que se encuentra en situación de gravedad. El procedimiento no es renovable

Requisitos

1.- Solicitud de los familiares directos

Formularios

Formulario PDF: Formulario de Trámite de Gestión Múltiple
Ubicación: http://sut.pcm.gob.pe/sutArchivos/file_6161_20220331_183550.pdf

Canales de atención

Atención Presencial: Establecimiento de Salud de la Red prestadora de EsSalud <http://www.essalud.gob.pe/direccion-de-la-entidad-y-telefonos/> **Atención Virtual:** Mesa de Partes Digital <https://mpv.essalud.gob.pe/>

Pago por derecho de tramitación

Gratuito

Modalidad de pago

Plazo

2 días hábiles

Sedes y horarios de atención

Establecimiento de Salud de la Red prestadora de ESSALUD

Lunes a viernes de 08:00 a 14:00.

Unidad de organización donde se presenta la documentación

Oficina de Trámite Documentario/ Mesa de partes o la que haga sus veces: Establecimiento de Salud de la Red prestadora de ESSALUD

Unidad de organización responsable de aprobar la solicitud

Dirección de Establecimiento de Salud

Consulta sobre el Servicio

Teléfono: 411-8000
Anexo: Opción 3
Correo: atencionalasegurado@esaalud.gob.pe

Base legal

Artículo	Denominación	Tipo	Número	Fecha Publicación
Segunda Disposición Complementaria Final	Reglamento de la Ley N° 30012, Ley que concede el derecho de licencia a trabajadores con familiares directos que se encuentran con enfermedades en estado grave o terminal o sufran accidente grave	Decreto Supremo	008-2017-TR	31/05/2017

Texto Único de Procedimientos Administrativos - "SEGURO SOCIAL DE SALUD"

Denominación del Servicio

"Copia de Historia Clínica "

Código: SE6161AD1D

Descripción del Servicio

Servicio que permite a los asegurados de ESSALUD ejercer su Derecho de acceso a la copia de su historia clínica, documento que contiene información sobre los datos de identificación, de los procesos relacionados con la atención del paciente e información complementaria (resultados de exámenes auxiliares, así como todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al paciente en el proceso de atención); dicha información tiene carácter reservado. El servicio puede ser solicitado por el paciente que cuente con una Historia Clínica en una IPRESS que pertenezca a la Red de servicios de EsSalud o por su representante. La forma de entrega de la información debe ser precisada en el Formulario de Trámite de Gestión Múltiple.

Requisitos

- 1.- Formulario de Trámite de Gestión Múltiple, que incluye la fecha y número de comprobante de pago del derecho de tramitación
- 2.- En caso de representante, la autorización del paciente debe expresarse en el Formulario de Trámite de Gestión Múltiple, quien debe mostrar su documento de identidad
- 3.- Al momento de recoger la copia de Historia Clínica mostrar el documento de identidad original (DNI, Carné de Extranjería, Pasaporte). En caso que el paciente no pueda expresar su voluntad, su representación es ejercida, conforme a lo establecido en el Código Civil
- 4.- Cuando se trate de un paciente fallecido, la autorización para acceder a la Historia Clínica es otorgada por los familiares directos (cónyuge, hijos, padres, hermanos) y, en ausencia de estos, por los que la autoridad competente disponga

Formularios

Formulario PDF: Formulario de Trámite de Gestión Múltiple
Ubicación: http://sut.pcm.gob.pe/sutArchivos/file_6161_20220331_183957.pdf

Canales de atención

Atención Presencial: Establecimientos de Salud de la Red prestadora de EsSalud: <http://www.essalud.gob.pe/direccion-de-la-entidad-y-telefonos/>
Atención Virtual: Mesa de Partes Digital: <https://mpv.essalud.gob.pe/>

Pago por derecho de tramitación

Monto - S/ 0.10

Modalidad de pago

Caja de la Entidad

Efectivo:
Pago en soles, en la Oficina de Tesorería o la que haga sus veces S/ 0.10 por cada folio

Plazo

5 días hábiles

Sedes y horarios de atención

Establecimiento de Salud de la Red prestadora de ESSALUD

Lunes a viernes de 08:00 a 14:00.

Unidad de organización donde se presenta la documentación

Oficina de Trámite Documentario/ Mesa de partes o la que haga sus veces: Establecimiento de Salud de la Red prestadora de ESSALUD

Unidad de organización responsable de aprobar la solicitud

Dirección de Establecimiento de Salud

Consulta sobre el Servicio

Teléfono: 411-8000
Anexo: Opción 3
Correo: atencionalasegurado@esaalud.gob.pe

Base legal

Artículo	Denominación	Tipo	Número	Fecha
----------	--------------	------	--------	-------

Texto Único de Procedimientos Administrativos - "SEGURO SOCIAL DE SALUD"

				Publicación
4	Decreto Supremo que aprueba los servicios prestados en exclusividad brindados por el Seguro Social de Salud – ESSALUD	Decreto Supremo	020-2021-TR	25/11/2021

Texto Único de Procedimientos Administrativos - "SEGURO SOCIAL DE SALUD"

Denominación del Servicio

"Dictamen Médico para el Registro de Derechohabiente de Asegurado Titular del Seguro Social de Salud"

Código: SE6161BA69

Descripción del Servicio

Evaluación médica que realiza el Comité Médico de Evaluación y Calificación de los Hijos Mayores de Edad Incapacitados Total y Permanente para el Trabajo, orientada a evidenciar la presencia de una enfermedad, daño o secuela, con el fin de determinar impedimentos y sus repercusiones en el desarrollo de su capacidad laboral o actividades de la vida diaria, de los hijos mayores de edad de los titulares del Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, regulado en el artículo 3 de la Ley N° 26790.
El objetivo del servicio es calificar la incapacidad del hijo mayor de un afiliado titular, a fin de precisar si enfermedad, daño, o alteración física/mental, anomalía anatómica o pérdida de la capacidad funcional afecta la posibilidad de trabajo. El documento que se otorga es un Dictamen Médico.
El servicio puede ser solicitado por el titular del seguro de salud o su derechohabiente, padre, madre, tutor o curador; toda vez que es un requisito para solicitar, en caso corresponda, la inscripción ante ESSALUD como derechohabiente hijo mayor de edad Incapacitado total y permanente para el Trabajo, a efectos de acceder a las prestaciones que brinda ESSALUD. El plazo establecido para la atención del servicio no incluye el tiempo que demande la ejecución de interconsultas médicas y/o exámenes auxiliares de ayuda al diagnóstico, que adicionalmente requiera el Comité Médico. El Servicio es renovable, siempre que el Comité Médico haya dispuesto, en el Dictamen Médico, una reevaluación médica para mantener la condición de asegurado.

Requisitos

- 1.- Formulario de Trámite de Gestión Múltiple, que incluye la fecha y número de comprobante de pago del derecho de tramitación
Son condiciones para la prestación del servicio Dictamen Médico para el Registro de Derechohabiente de Asegurado Titular del Seguro Social de Salud:
2.- Mostrar documento de identidad original (DNI, Carné de Extranjería, Pasaporte) al momento de la evaluación médica
3.- Los afiliados titulares cuyos hijos menores de edad con enfermedad, daño, o alteración física/mental, anomalía anatómica o pérdida de la capacidad funcional que afecta la posibilidad de trabajo, que estén próximos a cumplir la mayoría de edad, pueden solicitar la evaluación por el Comité Médico a fin de obtener la continuidad de cobertura de las atenciones de salud. La solicitud se presenta dentro de los treinta (30) días previos a cumplir la mayoría de edad y no genera pago alguno al derechohabiente hijo menor de edad con incapacidad total y permanente para el trabajo, que todavía se encuentre asegurado.
4.- En caso de que el afiliado titular solicite la evaluación de su hijo mayor de edad con enfermedad, daño, o alteración físico/mental, anomalía anatómica o pérdida de la capacidad funcional que afecta la posibilidad de trabajo que no se encuentre comprendido en el supuesto señalado en el numeral precedente, respecto a la continuidad en la atención, puede solicitar la evaluación médica en los establecimientos de EsSalud donde se haya constituido un Comité Médico, realizando el pago correspondiente por el servicio prestado en exclusividad, toda vez que no se encuentra en la condición de asegurado regular activo.
5.- Las reevaluaciones médicas solicitadas por EsSalud son gratuitas mientras los hijos sean asegurados; sin embargo, los que han perdido la condición de asegurado y requieren reevaluación deben asumir el costo del servicio.
6.- El costo del servicio no incluye el costo de los exámenes auxiliares y/o interconsultas adicionales que requiera el Comité Médico de Evaluación y Calificación de los Hijos Mayores de Edad Incapacitados Total y Permanente, para determinar la condición de incapacidad, los cuales son asumidos por el solicitante.
7.- Las condiciones establecidas en los numerales 3),4) y 5) pueden ser solicitados por el titular del seguro de salud o su derechohabiente, padre, madre, tutor o curador.

Formularios

Formulario PDF: Formulario de Trámite de Gestión Múltiple
Ubicación: http://sut.pcm.gob.pe/sutArchivos/file_6161_20211207_151001.pdf

Canales de atención

Atención Presencial: Establecimientos de Salud donde se haya constituido un Comité Médico de Evaluación y Calificación de los hijos mayores de edad incapacitados total y permanente para el trabajo <http://www.essalud.gob.pe/direccion-de-la-entidad-y-telefonos/>
Atención Virtual: Mesa de Partes Digital: <https://mpv.essalud.gob.pe/Login/>

Pago por derecho de tramitación

Monto - S/ 180.00

Modalidad de pago

Caja de la Entidad

Efectivo:
Pago en soles en la Oficina o Unidad de Tesorería o la que haga sus veces

Plazo

30 días hábiles

Sedes y horarios de atención

Establecimientos de Salud donde se haya constituido un Comité Médico de Evaluación y Calificación de los hijos mayores de edad incapacitados total y permanente para el trabajo

Lunes a viernes de 08:00 a 14:00.

Texto Único de Procedimientos Administrativos - "SEGURO SOCIAL DE SALUD"

Unidad de organización donde se presenta la documentación

Oficina de Trámite Documentario/ Mesa de partes o la que haga sus veces: Establecimientos de Salud donde se haya constituido un Comité Médico de Evaluación y Calificación de los hijos mayores de edad incapacitados total y permanente para el trabajo

Unidad de organización responsable de aprobar la solicitud

Gerencia / Dirección de Red Asistencial o Red Prestacional
Dirección de Establecimiento de Salud

Consulta sobre el Servicio

Teléfono: 411-8000
Anexo: Opción 3
Correo: atencionalasegurado@esaalud.gob.pe

Base legal

Artículo	Denominación	Tipo	Número	Fecha Publicación
numeral 7.2 y los literales a, b, c, d, e, y f del numeral 7.3 del artículo 7	Decreto Supremo que aprueba los servicios prestados en exclusividad brindados por el Seguro Social de Salud - ESSALUD	Decreto Supremo	020-2021-TR	25/11/2021

Texto Único de Procedimientos Administrativos - "SEGURO SOCIAL DE SALUD"

Denominación del Servicio

"Duplicado del Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo - CITT"

Código: SE6161EEE6

Descripción del Servicio

Servicio mediante el cual se emite un duplicado del Certificado Incapacidad Temporal para el Trabajo -CITT, documento que es expedido por el médico que realiza la atención a un asegurado titular, en el cual se hace constar el tipo de contingencia y la duración del periodo de Incapacidad Temporal para el Trabajo.
Puede ser solicitado por el asegurado titular o su representante, en caso que el CITT, que se le emitió originalmente, presente signos de deterioro, o se haya producido la pérdida, robo o hurto del mismo. Dicho documento permite que el asegurado titular pueda justificar ante su empleador su ausencia por enfermedad o para realizar el trámite de pago de subsidio por incapacidad temporal establecido en la Ley N° 26790. El servicio no es renovable. El documento que se entrega es un duplicado del Certificado Incapacidad Temporal para el Trabajo -CITT cuyas evidencias médicas obran en la historia clínica.

Requisitos

- 1.- Formulario de Trámite de Gestión Múltiple, que incluye la fecha y número de comprobante de pago del derecho de tramitación
- 2.- En caso de representante, la autorización del paciente debe expresarse en el Formulario de Trámite de Gestión Múltiple, quien debe mostrar su documento de identidad
- 3.- Al momento de recoger el Duplicado de CITT mostrar el documento de identidad original (DNI, Carné de Extranjería, Pasaporte). En caso que el paciente no pueda expresar su voluntad, su representación es ejercida, conforme a lo establecido en el Código Civil
- 4.- En caso de que el paciente haya fallecido, el representante debe contar con la autorización de los familiares directos (cónyuge, hijos, padres, hermanos) y, en ausencia de éstos, los que la autoridad competente disponga

Formularios

Formulario PDF: Formulario de Trámite de Gestión Múltiple
Ubicación: http://sut.pcm.gob.pe/sutArchivos/file_6161_20220331_185414.pdf

Canales de atención

Atención Presencial: Establecimientos de Salud de la Red prestadora de EsSalud: <http://www.essalud.gob.pe/direccion-de-la-entidad-y-telefonos/>
Atención Virtual: Mesa de Partes Digital: <https://mpv.essalud.gob.pe/>

Pago por derecho de tramitación

Monto - S/ 10.20

Modalidad de pago

Caja de la Entidad

Efectivo:
Pago en soles, en la Oficina de Tesorería o la que haga sus veces

Plazo

5 días hábiles

Sedes y horarios de atención

Establecimiento de Salud de la Red prestadora de
ESSALUD

Lunes a viernes de 08:00 a 14:00.

Unidad de organización donde se presenta la documentación

Oficina de Trámite Documentario/ Mesa de partes o la que haga sus veces: Establecimiento de Salud de la Red prestadora de ESSALUD

Unidad de organización responsable de aprobar la solicitud

Dirección de Establecimiento de Salud

Consulta sobre el Servicio

Teléfono: 411-8000
Anexo: Opción 3
Correo: atencionalasegurado@esaalud.gob.pe

Base legal

Texto Único de Procedimientos Administrativos - "SEGURO SOCIAL DE SALUD"

Artículo	Denominación	Tipo	Número	Fecha Publicación
5	Decreto Supremo que aprueba los servicios prestados en exclusividad brindados por el Seguro Social de Salud – ESSALUD	Decreto Supremo	020-2021-TR	25/11/2021

Texto Único de Procedimientos Administrativos - "SEGURO SOCIAL DE SALUD"

Denominación del Servicio

"Evaluación médica del cónyuge sobreviviente inválido e hijos mayores de dieciocho (18) años con incapacidad total y permanente para el trabajo"

Código: SE6161F293

Descripción del Servicio

Servicio mediante el cual la Comisión Médica Calificadora de la Incapacidad realiza una evaluación médica para determinar la condición o estado de incapacidad de los derechohabientes a que se refiere el literal d) del artículo 32 del Decreto Ley N° 20530, Régimen de Pensiones y Compensaciones por Servicios Civiles prestados al Estado no comprendidos en el Decreto Ley N° 19990, y el literal b) del artículo 34 del citado Decreto Ley. Dicha evaluación la efectúa EsSalud en el caso de las pensiones que administre por disposición del Decreto Supremo N° 132-2005-EF, Reglamentan delegación de funciones de administración del régimen de pensiones del Decreto Ley N° 20530. El plazo establecido para la atención del servicio no incluye el tiempo que demande la ejecución de interconsultas médicas y/o exámenes auxiliares de ayuda al diagnóstico, que adicionalmente requiera la Comisión Médica.

El objetivo del servicio es calificar la naturaleza y el grado de la incapacidad, y puede ser solicitado por el cónyuge o el integrante de la unión del hecho, sobreviviente inválido con derecho a pensión o hijo mayor de dieciocho (18) años con incapacidad, a efectos que, de corresponder, pueda iniciar el trámite de beneficios económicos en el marco de la Ley N° 20530. El documento de salud emitido no es renovable.

Requisitos

- 1.- Formulario de Trámite de Gestión Múltiple, que incluye la fecha y número de comprobante de pago del derecho de tramitación*
*Pago efectuado en la Oficina o Unidad de Tesorería o la que haga sus veces en el Establecimiento de Salud
- Son condiciones para la prestación del servicio de Evaluación Médica del cónyuge sobreviviente inválido e hijos mayores de dieciocho (18) años con incapacidad total y permanente para el trabajo:
- 2.- Mostrar documento de identidad original (DNI, Carné de Extranjería, Pasaporte) al momento de la evaluación médica
- 3.- Puede solicitar el servicio el cónyuge o el integrante de la unión de hecho, sobreviviente inválido con derecho a pensión del Decreto Ley N° 20530, o; el hijo mayor de dieciocho (18) años que adolece de incapacidad absoluta para el trabajo desde su minoría de edad, o cuando la incapacidad que se manifiesta en la mayoría de edad tenga su origen en la etapa anterior a ella, que perciba pensión de Orfandad del Decreto Ley N° 20530
- 4.- El costo del servicio no incluye el costo de los exámenes auxiliares y/o interconsultas adicionales que requiera la Comisión Médica de Calificación de la Incapacidad para determinar la condición de incapacidad, los cuales son asumidos por el solicitante

Formularios

Formulario PDF: Formulario de Trámite de Gestión Múltiple
Ubicación: http://sut.pcm.gob.pe/sutArchivos/file_6161_20211207_151001.pdf

Canales de atención

Atención Presencial: Establecimientos de Salud donde se haya constituido una Comisión o Comité Médico de Evaluación y Calificación de la Incapacidad: <http://www.essalud.gob.pe/direccion-de-la-entidad-y-telefonos/>
Atención Virtual: Mesa de Partes Digital: <https://mpv.essalud.gob.pe/Login/>

Pago por derecho de tramitación

Monto - S/ 239.70

Modalidad de pago

Caja de la Entidad

Efectivo:
Pago en soles en la Oficina o Unidad de Tesorería o la que haga sus veces

Plazo

30 días hábiles

Sedes y horarios de atención

Establecimientos de Salud donde se haya constituido una Comisión Médica Calificadora de la Incapacidad

Lunes a viernes de 08:00 a 14:00.

Unidad de organización donde se presenta la documentación

Oficina de Trámite Documentario/ Mesa de partes o la que haga sus veces: Establecimientos de Salud donde se haya constituido una Comisión Médica Calificadora de la Incapacidad

Unidad de organización responsable de aprobar la solicitud

Consulta sobre el Servicio

Texto Único de Procedimientos Administrativos - "SEGURO SOCIAL DE SALUD"

Gerencia / Dirección de Red Asistencial o Red Prestacional
Dirección de Establecimiento de Salud

Teléfono: 411-8000
Anexo: Opción 3
Correo: atencionalasegurado@esaalud.gob.pe

Base legal

Artículo	Denominación	Tipo	Número	Fecha Publicación
8	Decreto Supremo que aprueba los servicios prestados en exclusividad brindados por el Seguro Social de Salud - ESSALUD	Decreto Supremo	020-2021-TR	25/11/2021

Texto Único de Procedimientos Administrativos - "SEGURO SOCIAL DE SALUD"

Denominación del Servicio

"Informe Médico"

Código: SE6161EA6B

Descripción del Servicio

Servicio que permite a los asegurados de ESSALUD ejercer su Derecho de acceso a la información respecto a una atención realizada en un periodo de tiempo determinado, el documento es emitido por el médico que lo atendió, donde da a conocer aspectos médicos relacionados a los daños que le acontece, así como los diagnósticos, procedimientos, tratamiento y/o limitaciones funcionales, si correspondiera el caso. Mediante este documento, se deja constancia del estado de salud del paciente. Su petición puede estar vinculada a motivos de interés particular, legal o público. El servicio puede ser solicitado por el asegurado titular, el derechohabiente o su representante, para lo cual se debe contar con una Historia Clínica en una IPRESS que pertenezca a la Red de servicios de EsSalud. El documento entregable es un informe suscrito por el médico.

Requisitos

- 1.- Formulario de Trámite de Gestión Múltiple, que incluye la fecha y número de comprobante de pago del derecho de tramitación
- 2.- En caso de representante, la autorización del paciente debe expresarse en el Formulario de Trámite de Gestión Múltiple, quien debe mostrar su documento de identidad
- 3.- Al momento de recoger el Informe Médico, el paciente debe mostrar su documento de identidad original (DNI, Carné de Extranjería, Pasaporte). Si el paciente no puede expresar su voluntad, su representación es ejercida, conforme a lo establecido en el Código Civil
- 4.- En caso de que el paciente haya fallecido, el representante debe contar con la autorización de los familiares directos (cónyuge, hijos, padres, hermanos) y, en ausencia de estos, los que la autoridad competente disponga para acceder a su Informe Médico

Formularios

Formulario PDF: Formulario de Trámite de Gestión Múltiple
Ubicación: http://sut.pcm.gob.pe/sutArchivos/file_6161_20220331_190434.pdf

Canales de atención

Atención Presencial: Establecimiento de Salud de la Red prestadora de EsSalud <http://www.essalud.gob.pe/direccion-de-la-entidad-y-telefonos/>
Atención Virtual: Mesa de Partes Digital <https://mpv.essalud.gob.pe/>

Pago por derecho de tramitación

Monto - S/ 37.10

Modalidad de pago

Caja de la Entidad

Efectivo:
Pago en Soles en las Oficinas o Unidades de Tesorería o las que hagan sus veces

Plazo

10 días hábiles

Sedes y horarios de atención

Establecimiento de Salud de la Red prestadora de ESSALUD

Lunes a viernes de 08:00 a 14:00.

Unidad de organización donde se presenta la documentación

Oficina de Trámite Documentario/ Mesa de partes o la que haga sus veces: Establecimiento de Salud de la Red prestadora de ESSALUD

Unidad de organización responsable de aprobar la solicitud

Dirección de Establecimiento de Salud

Consulta sobre el Servicio

Teléfono: 411-8000
Anexo: Opción 3
Correo: atencionalasegurado@esaalud.gob.pe

Base legal

Artículo	Denominación	Tipo	Número	Fecha Publicación

Texto Único de Procedimientos Administrativos - "SEGURO SOCIAL DE SALUD"

3	Decreto Supremo que aprueba los servicios prestados en exclusividad brindados por el Seguro Social de Salud - ESSALUD	Decreto Supremo	020-2021-TR	25/11/2021
---	---	-----------------	-------------	------------

Texto Único de Procedimientos Administrativos - "SEGURO SOCIAL DE SALUD"

Denominación del Servicio

"Validación de Certificado Médico"

Código: SE61617928

Descripción del Servicio

La validación de Certificado Médico es el acto realizado por el Médico de Control que consiste en validar el Certificado Médico Particular y el Certificado de Salud 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. La validación del Certificado Médico Particular y del Certificado de Salud tiene por finalidad el pago de prestaciones económicas. El objetivo del servicio es certificar la incapacidad temporal de un asegurado titular, otorgándole el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo -CITT, puede ser solicitado por el asegurado titular o su representante. La emisión del citado documento es necesaria para iniciar el trámite de pago de subsidio de Incapacidad Temporal para el Trabajo o para justificar la ausencia por enfermedad del trabajador en su centro de labores.

Requisitos

1.- Formulario de Trámite de Gestión Múltiple

2.- En caso de representante, la autorización del paciente debe expresarse en el Formulario de Trámite de Gestión Múltiple. Además del Formulario de Trámite, deberá presentar lo documentos complementarios que correspondan, según contingencia:

3.- Contingencias Comunes:

(i) Copia del Certificado Médico que incluye los nombres y apellidos del paciente, número de documento de identidad, diagnóstico descriptivo con la Codificación Internacional de Enfermedades, fecha de inicio y de fin del periodo de incapacidad, fecha de otorgamiento del certificado médico, firma del profesional de la salud tratante acorde con el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil - RENIEC, sello legible del profesional de la salud tratante.

(ii) Copia de indicaciones médicas recibidas en la fecha de atención (en caso de paciente no hospitalizado).

(iii) Copia de Epicrisis (en caso de paciente hospitalizado).

4.- Contingencias laborales:

(i) Copia del Certificado Médico que incluya los nombres y apellidos del paciente, número de documento de identidad, diagnóstico descriptivo con la Codificación Internacional de Enfermedades, fecha de inicio y de fin del periodo de incapacidad, fecha de otorgamiento del Certificado Médico, firma del profesional de la salud tratante acorde con el RENIEC, sello legible del profesional de la salud tratante.

(ii) Copia del Aviso de Accidente de Trabajo

(iii) Copia de la Solicitud de Atención Médica por Accidente de Trabajo (en caso de paciente no hospitalizado)

(iv) Copia de Epicrisis (en caso de paciente hospitalizado)

5.- Maternidad/parto múltiple:

(i) Copia del Certificado Médico que incluya los nombres y apellidos de la paciente, número de documento de identidad, diagnóstico descriptivo con la Codificación Internacional de Enfermedades, fecha de inicio y de fin del periodo de descanso por maternidad, fecha de otorgamiento del Certificado Médico, firma del profesional de la salud tratante acorde con el RENIEC, sello legible del profesional de la salud tratante, fecha de última menstruación, fecha probable de parto.

(ii) En caso de Embarazo Prolongado de cuarenta y dos (42) a más semanas: El Certificado Médico debe incluir el diagnóstico de Embarazo Prolongado.

(iii) En caso de Parto Prematuro: Antes de las treinta (30) semanas de gestación se requiere copia del Acta de Nacimiento, cuando el neonato sobrevive; o copia del Acta de Nacimiento y copia de Acta de Defunción, cuando el neonato fallezca después de las setenta y dos (72) horas.

(iv) Después de las treinta (30) semanas, se requiere copia del Acta de Nacimiento.

(v) En caso que el parto se hubiera producido después de la fecha de parto fijada en el Certificado Médico, se requiere copia de Acta de Nacimiento o Partida de Nacimiento o presentar documento de identidad del recién nacido.

(vi) En caso de postergación del descanso pre natal, adicionar Informe Médico de postergación del descanso por maternidad, emitido por el médico tratante.

6.- Accidente de tránsito:

(i) Copia del Certificado Médico que incluya los nombres y apellidos del paciente, número de documento de identidad, diagnóstico descriptivo con la Codificación Internacional de Enfermedades, fecha de inicio y de fin del periodo de incapacidad, fecha de otorgamiento del certificado médico, firma del profesional de la salud tratante acorde con el RENIEC, sello legible del profesional de la salud tratante.

(ii) Copia del Formato de Registro de Accidentes de Tránsito.

(iii) Copia de indicaciones médicas (en caso de paciente no hospitalizado).

(iv) Copia de Epicrisis (en caso de paciente hospitalizado).

7.- Niño con Discapacidad - Ley N° 29992 – Extensión Descanso Postnatal:

(i) Copia del Certificado Médico (en caso de discapacidad permanente del recién nacido).

(ii) Copia del Acta de Nacimiento (en caso de nacimiento múltiple)

8.- Para la entrega del CITT validado:

a. Mostrar documento de identidad original del paciente (DNI, Carné de Extranjería, Pasaporte).

b. En caso de entrega del CITT a un tercero, se requiere la autorización del paciente debidamente acreditado en el Formulario de Trámite de Gestión Múltiple y, en caso que el paciente de salud no pueda expresar su voluntad, su representación es ejercida conforme a lo establecido en el Código Civil

Formularios

Formulario PDF: Formulario de Trámite de Gestión Múltiple

Ubicación: http://sut.pcm.gob.pe/sutArchivos/file_6161_20211207_120908.pdf

Canales de atención

Atención Presencial: En Lima: Centro de Validación de la Incapacidad Temporal (CEVIT) En provincia: Establecimientos de Salud de la Red prestadora de ESSALUD donde el asegurado se encuentre adscrito: <http://www.essalud.gob.pe/direccion-de-la-entidad-y-telefonos/>

Atención Virtual: En Lima: Ventanilla Integrada Virtual del Asegurado (VIVA) <https://viva.essalud.gob.pe/viva/login>

En provincias: Mesa de Partes Digital <https://mpv.essalud.gob.pe/>

Pago por derecho de tramitación

Gratuito

Modalidad de pago

Texto Único de Procedimientos Administrativos - "SEGURO SOCIAL DE SALUD"

Plazo

3 días hábiles

Sedes y horarios de atención

Centro de Validación de Incapacidad Temporal - CEVIT Central

Lunes a viernes de 08:00 a 16:00.

Establecimiento de Salud de la Red prestadora de ESSALUD

Lunes a viernes de 08:00 a 14:00.

Unidad de organización donde se presenta la documentación

Plataforma de Atención - CEVIT: Centro de Validación de Incapacidad Temporal - CEVIT Central
Oficina de Trámite Documentario/ Mesa de partes o la que haga sus veces: Establecimiento de Salud de la Red prestadora de ESSALUD

Unidad de organización responsable de aprobar la solicitud

Dirección de Establecimiento de Salud
Centro de Validación de Incapacidad Temporal - CEVIT Central

Consulta sobre el Servicio

Teléfono: 411-8000
Anexo: Opción 3
Correo: atencionalasegurado@esaalud.gob.pe

Base legal

Artículo	Denominación	Tipo	Número	Fecha Publicación
6	Decreto Supremo que aprueba los servicios prestados en exclusividad brindados por el Seguro Social de Salud - ESSALUD	Decreto Supremo	020-2021-TR	25/11/2021

SECCIÓN N° 3: FORMULARIOS

	FORMULARIO ÚNICO DE SEGUROS	Formulario 1010 (versión 06)
---	------------------------------------	---------------------------------

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☐ DNI ☐ C.E. ☐ OTRO (Especificar) _____ NÚMERO _____

PROCEDIMIENTO DE: ☐ INSCRIPCIÓN ☐ BAJA POR DESAFILIACIÓN ☐ MODIF. DATOS (ACTUALIZACIÓN)
(SOLO PARA DERECHOHABIENTES) ☐ BAJA POR DEFUNCIÓN

APELLIDOS Y NOMBRES DEL DERECHOHABIENTE (Conforme a su documento de identidad) _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☐ DNI ☐ C.E. ☐ OTRO (Especificar) _____ NÚMERO _____

RELACIÓN CON EL TITULAR:
☐ Cónyuge ☐ Concubino(a) ☐ Hijo menor de edad ☐ Hijo mayor de edad incapacitado total y permanente para el trabajo ☐ Madre gestante de hijo extramatrimonial

PROCEDIMIENTO DE ADSCRIPCIÓN TEMPORAL:
(PARA TITULARES Y DERECHOHABIENTES)

Nueva dirección: _____ Período: Desde: DD / MM / AAAA
 Hasta: DD / MM / AAAA

Departamento	Provincia	Distrito
--------------	-----------	----------

APELLIDOS Y NOMBRES DEL DERECHOHABIENTE (Conforme a su documento de identidad) _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☐ DNI ☐ C.E. ☐ OTRO (Especificar) _____ NÚMERO _____

RELACIÓN CON EL TITULAR:
☐ Cónyuge ☐ Concubino(a) ☐ Hijo menor de edad ☐ Hijo mayor de edad incapacitado total y permanente para el trabajo ☐ Madre gestante de hijo extramatrimonial

DECLARACIÓN JURADA

El (los) firmante (s) declara (n) bajo juramento, que la información consignada y la documentación que se adjunta a la presente declaración es verdadera, no es adulterada, sujeta al principio de veracidad y fiscalización posterior establecida en la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General.

Asimismo, tiene conocimiento que de comprobarse falsedad en la declaración, información o documentación presentada, se encuentra obligado (a) a resarcir los daños ocasionados, así como a asumir la responsabilidad penal a que hubiera lugar.

Igualmente, autoriza (n) que las notificaciones de actos administrativos, se remitan al correo electrónico declarado en el presente formulario.

☐ SI ☐ NO

APELLIDOS Y NOMBRES DEL DECLARANTE:	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO
☐ DNI ☐ C.E. ☐ OTRO (Especificar)	☐ Titular ☐ Cónyuge ☐ Concubino (a) ☐ Padre/Madre no asegurado ☐ Tutor ☐ Curador
Teléfono Fijo o Celular	Correo electrónico
Firma del Declarante	

Firma y Sello del Representante Legal de la Entidad Empleadora
(Sólo para casos de cambio de adscripción temporal por motivos laborales)

Firma y Sello de EsSalud

ESSALUD

	FORMULARIO ÚNICO DE SEGUROS	Formulario 1010 (versión 06)
---	------------------------------------	---------------------------------

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☐ DNI ☐ C.E. ☐ OTRO (Especificar) NÚMERO

PROCEDIMIENTO DE: ☐ INSCRIPCIÓN ☐ BAJA POR DESAFILIACIÓN ☐ MODIF. DATOS (ACTUALIZACIÓN)
(SOLO PARA DERECHOHABIENTES) ☐ BAJA POR DEFUNCIÓN

APELLIDOS Y NOMBRES DEL DERECHOHABIENTE (Conforme a su documento de identidad)

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☐ DNI ☐ C.E. ☐ OTRO (Especificar) NÚMERO

RELACIÓN CON EL TITULAR:
☐ Cónyuge ☐ Concubino(a) ☐ Hijo menor de edad ☐ Hijo mayor de edad incapacitado total y permanente para el trabajo ☐ Madre gestante de hijo extramatrimonial

PROCEDIMIENTO DE ADSCRIPCIÓN TEMPORAL:
(PARA TITULARES Y DERECHOHABIENTES)

Nueva dirección: Período: Desde: DD / MM / AAAA
Hasta: DD / MM / AAAA

Departamento Provincia Distrito

APELLIDOS Y NOMBRES DEL DERECHOHABIENTE (Conforme a su documento de identidad)

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☐ DNI ☐ C.E. ☐ OTRO (Especificar) NÚMERO

RELACIÓN CON EL TITULAR:
☐ Cónyuge ☐ Concubino(a) ☐ Hijo menor de edad ☐ Hijo mayor de edad incapacitado total y permanente para el trabajo ☐ Madre gestante de hijo extramatrimonial

DECLARACION JURADA

El (los) firmante (s) declara (n) bajo juramento, que la información consignada y la documentación que se adjunta a la presente declaración es verdadera, no es adulterada, sujeta al principio de veracidad y fiscalización posterior establecida en la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General.

Asimismo, tiene conocimiento que de comprobarse falsedad en la declaración, información o documentación presentada, se encuentra obligado (a) a resarcir los daños ocasionados, así como a asumir la responsabilidad penal a que hubiera lugar.

Igualmente, autoriza (n) que las notificaciones de actos administrativos, se remitan al correo electrónico declarado en el presente formulario.

☐ SI ☐ NO

APELLIDOS Y NOMBRES DEL DECLARANTE:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD ☐ DNI ☐ C.E. ☐ OTRO (Especificar)	NÚMERO
☐ Titular ☐ Cónyuge ☐ Concubino (a) ☐ Padre/Madre no asegurado ☐ Tutor ☐ Curador	
Teléfono Fijo o Celular:	Correo electrónico: Firma del Declarante: _____

Firma y Sello del Representante Legal de la Entidad Empleadora
(Sólo para casos de cambio de adscripción temporal por motivos laborales)

Firma y Sello de EsSalud

USUARIO

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO 1010

¿Cuándo utilizar el formulario 1010?

Este formulario será utilizado para solicitar la inscripción, baja y/o modificación de datos de derechohabientes, así como para solicitar el cambio de adscripción temporal del asegurado titular o derechohabiente.

Si el procedimiento a realizar es inscripción, baja (por desafiliación o defunción) o modificación de datos de un derechohabiente, marque con X el procedimiento y complete los datos del derechohabiente, indicados en esta sección.

Si el procedimiento a realizar es el cambio de adscripción temporal de un asegurado titular o derechohabiente complete los datos indicados en esta sección.

Si el Declarante es quien solicita la realización del procedimiento, pudiendo ser: el asegurado titular, su cónyuge o concubino(a), padre o madre no asegurada del hijo de asegurado titular, tutor o curador de hijo de asegurado titular. El declarante debe completar los datos solicitados en todos los casos.

La firma y sello del representante legal o funcionario autorizado de la entidad empleadora, solo es necesaria para el procedimiento de adscripción temporal del asegurado titular.

FORMULARIO ÚNICO DE SEGUROS
Formulario 1010 (versión 06)

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☐ DNI ☐ C.E. ☐ OTRO (Especificar) _____ NÚMERO: _____

PROCEDIMIENTO DE: ☐ INSCRIPCIÓN ☐ BAJA POR DESAFILIACIÓN ☐ MODIF. DATOS (ACTUALIZACIÓN) ☐ BAJA POR DEFUNCIÓN

APellidos y Nombres del Derechohabiente (Conforme a su documento de identidad): _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☐ DNI ☐ C.E. ☐ OTRO (Especificar) _____ NÚMERO: _____

RELACIÓN CON EL TITULAR: ☐ Cónyuge ☐ Concubino(a) ☐ Hijo menor de edad ☐ Hijo mayor de edad incapacitado total y permanente para el trabajo ☐ Madre gestante de hijo extramatrimonial

PROCEDIMIENTO DE ADSCRIPCIÓN TEMPORAL (PARA TITULAR Y DERECHOHABIENTE)

Nueva dirección: _____ Período: Desde: DD / MM / AAAA Hasta: DD / MM / AAAA

Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____

APellidos y Nombres del Derechohabiente (Conforme a su documento de identidad): _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☐ DNI ☐ C.E. ☐ OTRO (Especificar) _____ NÚMERO: _____

RELACIÓN CON EL TITULAR: ☐ Cónyuge ☐ Concubino(a) ☐ Hijo menor de edad ☐ Hijo mayor de edad incapacitado total y permanente para el trabajo ☐ Madre gestante de hijo extramatrimonial

DECLARACIÓN JURADA

El/la firmante (a) declara (o) bajo juramento, que la información consignada y la documentación que se adjunta a la presente declaración es verídica, en su totalidad, según el principio de veracidad y fiscalización posterior establecida en la Ley N°13444 – Ley del Procedimiento Administrativo General. Asimismo, tiene conocimiento que de comprobarse falsedad en la declaración, información o documentación presentada, se encuentra obligado (a) a responder los delitos penales, así como a asumir la responsabilidad penal a que hubiera lugar. Igualmente, autoriza (a) que las notificaciones de actos administrativos, se remitan al correo electrónico declarado en el presente formulario.

☐ SI ☐ NO

APellidos y Nombres del Declarante: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☐ DNI ☐ C.E. ☐ OTRO (Especificar) _____ NÚMERO: _____

☐ Titular ☐ Cónyuge ☐ Concubino(a) ☐ Padre/Madre no asegurado ☐ Tutor ☐ Curador

Teléfono Fijo o Celular: _____ Correo electrónico: _____ Firma del Declarante: _____

Firma y Sello del Representante Legal de la Entidad Empleadora (Solo para casos de cambio de adscripción temporal por motivos laborales): _____ Firma y Sello de Entidad: _____

Documento de identidad del asegurado titular. Marcar con X el tipo y señalar el número. Completar los datos en todos los casos.

Marcar con X el tipo de relación o vínculo del derechohabiente con el asegurado titular.

Consignar el período del desplazamiento temporal. Tiempo máximo: 6 meses en un año calendario por motivos no laborales.

Llenar los datos sólo si el cambio de adscripción temporal es de un derechohabiente.

IMPORTANTE

- Llenar el formulario con letra imprenta y legible.
- No se aceptan borrones ni enmendaduras.
- Consignar los datos de las personas de acuerdo a su documento de identidad. La firma debe ser idéntica a la consignada en el documento de identidad.



DECLARACIÓN JURADA PARA LA INSCRIPCIÓN Y BAJA DE DERECHOHABIENTES

(En caso no cuente con la copia del documento señalado como requisito)
(Inscripción / bajas)

Yo, con documento de
Identidad: DNI ☐ C.E. ☐ OTRO (Especificar) ☐ N° en mi
condición de: Madre ☐ Padre ☐ Curador ☐ Cónyuge ☐
Concubino (a) (En caso de cese de la relación de concubinato) ☐ ; al no contar con el requisito exigido en el TUPA de
ESSALUD, declaro bajo juramento lo siguiente:

(Solo complete la información solicitada según el trámite a realizar)

INSCRIPCIÓN (ALTA)	
Matrimonio Civil	(Marcar con x)
a) Fecha de realización del matrimonio civil: DD/MM/AAAA	
b) Municipalidad donde se realizó el matrimonio civil:	
Evaluación médica de incapacidad total y permanente para el trabajo del hijo mayor de edad, con dictamen médico emitido por ESSALUD	(Marcar con x)
✓ Hospital donde realizó la evaluación médica:	
✓ Fecha de evaluación médica: DD/MM/AAAA	
✓ Período de la incapacidad: Del DD/MM/AAAA al DD/MM/AAAA	
BAJA	
Disolución de vínculo matrimonial por resolución judicial, de alcaldía o notarial	(Marcar con x)
a) Fecha de la disolución matrimonial: DD/MM/AAAA	
b) N° de expediente y juzgado donde se realizó el trámite de disolución matrimonial:	
c) Municipalidad donde se realizó el trámite de disolución matrimonial:	
d) Nombre y ubicación de la notaría donde se realizó el trámite de disolución matrimonial:	
Cese de la relación de unión de hecho o concubinato	(Marcar con x)
Fecha de cese de concubinato: DD/MM/AAAA	
Por fallecimiento	(Marcar con x)
Fecha del fallecimiento: DD/MM/AAAA	

Declaro que la información consignada es verdadera, sujeta al principio de presunción de veracidad, dispuesto el numeral 1.7 del Artículo IV del Título Preliminar del Texto Único Ordenado - TUO de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, por lo que, en caso de falsedad, asumo las consecuencias administrativas, civiles y/o penales a que hubiera lugar.

Asimismo, de comprobarse falsedad, declaro tener conocimiento que ESSALUD se encuentra facultado para imponer una multa, entre cinco (05) y diez (10) Unidades Impositivas Tributarias - UIT, en aplicación del numeral 34.3 del artículo 34° del TUO de la Ley N° 27444.

FIRMA:

FECHA: DD/MM/AAAA



	SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS	Formulario 1040 (versión 01)
---	---	---------------------------------

I. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR: ☐ DNI ☐ CARNET DE EXTRANJERÍA ☐ PASAPORTE		NÚMERO
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
DATOS DEL EMPLEADOR: ☐ RUC ☐ CIE (COD INSCRIP. EMPLEADOR TRABAJADOR DEL HOGAR TH)		NÚMERO
CORREO ELECTRÓNICO:		TELÉFONO CONTACTO:

II. INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO sólo lactancia madre derechohabiente o sepelio (familiar directo)

DATOS DEL BENEFICIARIO: ☐ DNI ☐ CARNET DE EXTRANJERÍA		NÚMERO
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
CORREO ELECTRÓNICO:		TELÉFONO CONTACTO:
PARENTESCO (familiar directo): ☐ CÓNYUGE ☐ CONCUBINO(A) ☐ HERMANO(A) ☐ PADRES ☐ OTRO: _____ ☐ TERCERO		

SOLO SI EL BENEFICIARIO ES TERCERO

NOMBRE DE FAMILIAR QUE AUTORIZA	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FIRMA
---------------------------------	----------------------------------	-------

III. SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS: ☐ PAGO DIRECTO ☐ REEMBOLSO

SOLICITUD DE PRESTACIÓN: ☐ LACTANCIA ☐ SEPELIO ☐ INCAPACIDAD TEMPORAL ☐ MATERNIDAD: 1RA () 2DA () TOTAL ()

ASEGURADO TITULAR CON VÍNCULO LABORAL A LA FECHA DE CONTINGENCIA: ☐ SI ☐ NO FECHA CONTINGENCIA: DD/MM/AA FECHA DE CESE: DD/MM/AA

PERIODO SUBSIDIADO: INICIO DD/MM/AA FIN DD/MM/AA N° DIAS: MONTO S/

LLENADO SOLO POR TRABAJADOR DOCENTE: SECTOR: ☐ PRIVADO ☐ PÚBLICO

IV. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

20 PRIMEROS DÍAS (CERTIFICADOS MÉDICOS PARTICULARES Y/O CITT) SOLO INCAPACIDAD TEMPORAL

N° C.M.P	PERIODO DE DESCANSO		N° DIAS	N° C.M.P	PERIODO DE DESCANSO		N° DIAS	N° C.M.P	PERIODO DE DESCANSO		N° DIAS
	DEL	AL			DEL	AL			DEL	AL	
	DD/MM/AA	DD/MM/AA		DD/MM/AA	DD/MM/AA			DD/MM/AA	DD/MM/AA		
	DD/MM/AA	DD/MM/AA		DD/MM/AA	DD/MM/AA			DD/MM/AA	DD/MM/AA		
	DD/MM/AA	DD/MM/AA		DD/MM/AA	DD/MM/AA			DD/MM/AA	DD/MM/AA		
	DD/MM/AA	DD/MM/AA		DD/MM/AA	DD/MM/AA			DD/MM/AA	DD/MM/AA		

SEPELIO

A. Los datos del comprobante a reembolsar son: FACTURA ☐ BOLETA DE VENTA ☐ RECIBO POR HONORARIOS ☐

Empresa emisora			Comprobante Pago		
RUC	Razón Social	Serie	N°	F. Emisión	Importe S/
				DD/MM/AA	
				DD/MM/AA	

B. En el Comprobante de Pago (sustento del gasto) debe obrar el nombre del fallecido.

C. Los gastos del asegurado titular fallecido:

- NO han sido cubiertos por entidades públicas o privadas.
- NO corresponde a un asegurado obligatorio del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR) fallecido por accidente de trabajo o enfermedad profesional.

D. El asegurado titular falleció por:

Muerte Natural () Muerte por Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional ()

Muerte Súbita y/o Violenta (Incluye Accidente de Tránsito y Daño causado por tercero) ()

• El (los) firmante(s) declara(n) bajo juramento que la información consignada y la documentación que se adjunta a la presente declaración es verdadera, no es adulterada, sujeta al principio de veracidad y fiscalización posterior establecida en el numeral 1.7 y 1.16 del Artículo 4º del Título Preliminar del TUO de la Ley de Procedimiento Administrativo General 27444.

• Asimismo, tiene conocimiento que, de comprobarse falsedad en la declaración, información o documentación presentada, se encuentra obligado(a) a resarcir los daños ocasionados, así como asumir la responsabilidad penal a que hubiere lugar.

Para Subsidio de Maternidad o Incapacidad Temporal. Declaro bajo juramento que he recibido de mi empleador el importe de S/
(..... importe en letras) como pago de prestaciones económicas, por las cuales la Entidad Empleadora solicita el reembolso.

¿ESTÁ AFILIADO AL SCTR? SI ☐ NO ☐ INCAPACIDAD O FALLECIMIENTO CAUSADO POR UN TERCERO: SI ☐ NO ☐

DIRECCIÓN DEL TITULAR, BENEFICIARIO O EMPLEADOR:

USO DE LA ENTIDAD EMPLEADORA (EN CASO DE MATERNIDAD E INCAPACIDAD TEMPORAL)	USO DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO	USO DE ESSALUD
Firma y Sello de Representante Legal de Entidad Empleadora Tipo Doc.: DNI ☐ CE ☐ PASAPORTE ☐ Número: _____	Firma del Asegurado o Beneficiario Tipo Doc.: DNI ☐ CE ☐ PASAPORTE ☐ Número: _____	Firma y Sello de ESSALUD N° de NIT o EXP.: _____ Se adjunta _____ folios.

Mediante la presente se autoriza la presentación de la solicitud y seguimiento al trámite mismo a
con DNI N° en representación de mi persona.

ESSALUD

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO 1040

¿Cuándo utilizo este formulario?

El formulario 1040 es para uso del asegurado o beneficiario cuando solicite el pago directo de las prestaciones económicas por lactancia, sepelio, maternidad o incapacidad temporal para el trabajo, así como para las entidades empleadoras cuando soliciten el reembolso de los subsidios otorgados a su trabajador por maternidad o incapacidad temporal para el trabajo.

¿Cómo lleno el formulario?

I. INFORMACION DE ASEGURADO TITULAR

En Datos de ASEGURADO TITULAR: Marcar con un aspa el tipo de documento de identidad

- () DNI () Carnet de Extranjería () Pasaporte; y consignar el número del documento.
- Consignar el apellido paterno, apellido materno y nombres.

En Datos del EMPLEADOR: Marcar con un aspa el tipo de documento de identidad

- () RUC () CIE (Código de Inscripción de Empleador del hogar) y consignar el número correspondiente.
- Registrar el correo electrónico y teléfono de contacto. (* Obligatorio).

II. INFORMACION DEL BENEFICIARIO sólo en el caso de prestación económica por lactancia (madre derechohabiente o madre gestante de hijo extramatrimonial) o sepelio (familiar directo o tercero).

En Datos del BENEFICIARIO: Marcar con un aspa el tipo de documento de identidad

- () DNI () Carnet de Extranjería; y consignar el número del documento.
- Consignar el apellido paterno, apellido materno y nombres
- Registrar el correo electrónico y teléfono de contacto. (* Obligatorio).

En caso de PARENTESCO (familiar directo), marcar con un aspa según corresponda

- () Cónyuge () Concubina(o) () Hermano (a) () Padres () Otro [precisar el parentesco] () Tercero.
- En caso de marcar tercero consignar nombres y apellidos del familiar que autoriza, N° de documento de identidad y firma.

III. SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS:

Marcar con un aspa si es Pago Directo o Reembolso

Marcar con un aspa si es: () Lactancia () Sepelio () Incapacidad Temporal () Maternidad

- De marcar **maternidad** señalar si corresponde a () Primera armada () Segunda armada, o () Total.

Marcar con un aspa si el asegurado titular tiene vínculo laboral a la fecha de la contingencia.

- Indicar **FECHA DE CONTINGENCIA:** día/mes/año

Lactancia: (Fecha de nacimiento del menor).

Maternidad: (Fecha de inicio del descanso de maternidad)

Sepelio: (Fecha de fallecimiento del asegurado)

Incapacidad Temporal: (Fecha de inicio de la incapacidad)

- En caso de no contar con vínculo laboral indicar la **FECHA DE CESE:** día/mes/año.

- Indicar **PERIODO SUBSIDIADO: INICIO:** día/mes/año **FIN:** día/mes/año -Indicar **DIAS** a Subsidiar

- Indicar **MONTO:** importe sin céntimos con redondeo al sol si es igual o mayor a 0.50.

- En caso de **TRABAJADOR DOCENTE**, marcar con un aspa si es Privado o Público.

IV. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

En 20 PRIMEROS DÍAS (*): Solo para Incapacidad Temporal para el Trabajo, indicar los datos solicitados: Número de Colegio Médico, periodo de descanso DEL: día/mes/año AL: día/mes/año; y N° de días.

*si supera los recuadros adjuntar un anexo

En SEPELIO: marcar con un aspa el tipo de Comprobante de Pago que sustenta el reembolso:

- () Factura () Boleta de Venta () Recibo por Honorarios.

- Registrar los datos del comprobante: N° RUC, Razón Social, Serie (Nro), N° (número de comprobante), Fecha de emisión: día/mes/año, importe

- Marcar con un aspa, las causas de fallecimiento: muerte natural, muerte accidental o muerte súbita.

En el recuadro de DECLARACION BAJO JURAMENTO: consigne el importe en números y letras del importe del subsidio pagado al trabajador por la entidad empleadora. Aplicable para modalidad de Reembolso.

Seguro Complementario de Riesgo(SCTR): marcar con un aspa el recuadro que corresponda.

Incapacidad o fallecimiento causado por terceros: marcar con un aspa el recuadro que corresponda.

En el recuadro de DIRECCION DEL TITULAR, BENEFICIARIO O EMPLEADOR: Se debe indicar la dirección del asegurado(a) si es pago directo, si corresponde al reembolso se registra la dirección del empleador, para el caso de la prestación de sepelio indicar la dirección del beneficiario.

RECUADRO USO DE ENTIDAD EMPLEADORA (Solo para Incapacidad Temporal y Maternidad): Colocar firma del representante legal o funcionario autorizado y sello de la entidad empleadora y marcar con un aspa el tipo de documento de identidad y consignar su número.

RECUADRO USO DE ASEGURADO O BENEFICIARIO: Colocar firma del asegurado o beneficiario y marcar con un aspa el tipo de documento de identidad y consignar su número.

En caso el trámite lo realice una tercera persona (reemplaza Carta Poder) escribir los nombres y apellidos, así como el número de documento de identidad de la persona a quien autoriza la presentación y seguimiento de la solicitud.

Escribir con letra legible sin borrones ni enmendaduras.



FORMULARIO DE TRÁMITE DE GESTIÓN MÚLTIPLE

I. DATOS SOLICITANTE/REPRESENTANTE:						
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">Apellido Paterno</td> <td style="width: 33%;">Apellido Materno</td> <td style="width: 34%;">Nombres</td> </tr> </table>				Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres				
D.N.I. ☐ Carnet de Extranjería / Pasaporte ☐ N° Teléfono fijo y/o Celular.:						
Domicilio: Departamento: Provincia: Distrito:						
Correo electrónico:						
II. DATOS DEL USUARIO DEL SERVICIO DE SALUD/PACIENTE (llenar sólo si es distinto al solicitante):						
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">Apellido Paterno</td> <td style="width: 33%;">Apellido Materno</td> <td style="width: 34%;">Nombres</td> </tr> </table>				Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres				
D.N.I. ☐ Carnet de Extranjería / Pasaporte ☐ N°						
III. SERVICIO SOLICITADO:						
☐ Copia de Historia Clínica		☐ Informe Médico				
☐ Duplicado del Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo -CITT		☐ Dictamen médico para el Registro de Derechohabiente de Asegurado Titular del Seguro Social de Salud				
☐ Certificado médico para el trámite de pensión invalidez del Decreto Ley N° 19990		☐ Evaluación médica del cónyuge sobreviviente inválido e hijos mayores de dieciocho (18) Años con incapacidad total y permanente para el trabajo				
☐ Validación de Certificado Médico		Otro:				
Descripción del pedido (Especialidad médica, fecha, tipo de examen de ayuda diagnóstica requerido, otros):						
Si el servicio solicitado es Validación de Certificado Médico, completar lo siguiente:						
CONTINGENCIA		(Consignar el código de la tabla de contingencias que está al reverso del formulario)				
ACTOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA						
Número de RUC	Razón Social		Trabajo habitual u ocupación			
PERIODO A VALIDAR:						
Del (DD/MM/AAAA)	Al (DD/MM/AAAA)	Total días				
DOCUMENTOS A PRESENTAR Se adjunta		Documentos señalados en el reverso del Formulario de acuerdo a la Contingencia y Tipo de Atención				
IV. FORMA DE ENTREGA DE LA INFORMACIÓN						
☐ Copia simple		☐ Correo Electrónico*				
☐ Medio magnético*		☐ Otros:				
		Comprobante de Pago: Fecha: N° de comprobante:				
V. DECLARACIÓN JURADA (PARA AUTORIZACIÓN DEL RECOJO DE INFORMACIÓN)						
Marque con un aspa "X", si autoriza o no a otra persona para el recojo de la información solicitada		SI	NO			
IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA AUTORIZADA						
N° de Documento de Identidad		Apellidos y nombres				
DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON VERDADEROS						
Apellidos y nombres del titular o representante		Firma del titular o representante legal				
Lo declarado en la presente Declaración Jurada se sujeta a lo señalado en el artículo 34º, numeral 34.3 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General y demás normas pertinentes: “En caso de comprobar fraude o falsedad en la declaración, información o en la documentación presentada por el administrado, la entidad considerará no satisfecha la exigencia respectiva para todos sus efectos, procediendo a declarar la nulidad del acto administrativo sustentado en dicha declaración, información o documento; e imponer a quien haya empleado esa declaración, información o documento una multa en favor de la entidad de entre cinco (5) y diez (10) Unidades Impositivas Tributarias vigentes a la fecha de pago; y, además, si la conducta se adecua a los supuestos previstos en el Título XIX Delitos contra la Fe Pública del Código Penal, ésta deberá ser comunicada al Ministerio Público para que interponga la acción penal correspondiente”.						

*Sujeto a disponibilidad tecnológica implementada en los establecimientos de Salud de EsSalud

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO DE TRAMITE DE GESTIÓN MÚLTIPLE

¿Cuándo se utiliza este Formulario?

El Formulario de Tramite de Gestión Múltiple se utiliza para los siguientes tramites:

- Copia de Historia Clínica.
- Informe Médico.
- Duplicado del Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo –CITT.
- Validación de Certificado Médico: Contingencias comunes, contingencias laborales, accidente de tránsito, maternidad (incluye Extensión descanso posnatal por parto múltiple o, por discapacidad del recién nacido en el marco de la Ley N°29992).
- Dictamen médico para el Registro de Derechohabiente de Asegurado Titular del Seguro Social de Salud.
- Evaluación médica del cónyuge sobreviviente inválido e hijos mayores de dieciocho (18) Años con incapacidad total y permanente para el trabajo.
- Certificado médico para el trámite de pensión de invalidez del Decreto Ley N° 19990.

Rubro I.- DATOS DEL SOLICITANTE: Consignar tipo y número de documento de identidad, apellidos y nombres, domicilio, número de teléfono fijo y/o celular, y correo electrónico. En caso que el titular designe un representante debe autorizar en el rubro V del Formulario. En caso que el titular no pueda expresar su voluntad, representación por mandato judicial o fallecido, adjuntar la documentación sustentatoria.

Rubro II.- DATOS DEL USUARIO DEL SERVICIO DE SALUD/ PACIENTE: Este rubro será utilizado cuando el solicitante no es el asegurado titular. consignar tipo y número de documento de identidad, apellidos y nombres.

Rubro III.- SERVICIO SOLICITADO: Marcar con una X en el recuadro contiguo al servicio prestado en exclusividad que se solicita, de ser necesario precisar datos adicionales con relación a lo solicitado.

Contingencia: Consignar el código de contingencia respectiva, detalla en la tabla del presente formulario.

Periodo a validar: Consignar el periodo (del/al) y el total de días para su validación.

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.

TABLA DE CONTINGENCIAS Y REQUISITOS		
Código	Contingencia	Requisitos
1	Contingencias comunes	a) Copia del Certificado Médico que incluye los nombres y apellidos del paciente, número de documento de identidad, diagnóstico descriptivo con la Codificación Internacional de Enfermedades, fecha de inicio y de fin del periodo de incapacidad, fecha de otorgamiento del certificado médico, firma del profesional de la salud tratante acorde con el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil - RENIEC, sello legible del profesional de la salud tratante. b) Copia de indicaciones médicas recibidas en la fecha de atención (en caso de paciente no hospitalizado). c) Copia de Epicrisis (en caso de paciente hospitalizado).
2	Contingencias laborales	a) Copia del Certificado Médico que incluya los nombres y apellidos del paciente, número de documento de identidad, diagnóstico descriptivo con la Codificación Internacional de Enfermedades, fecha de inicio y de fin del periodo de incapacidad, fecha de otorgamiento del Certificado Médico, firma del profesional de la salud tratante acorde con el RENIEC, sello legible del profesional de la salud tratante. b) Copia del Aviso de Accidente de Trabajo. c) Copia de la Solicitud de Atención Médica por Accidente de Trabajo (en caso de paciente no hospitalizado). d) Copia de Epicrisis (en caso de paciente hospitalizado).
3	Maternidad múltiple /parto	a) Copia del Certificado Médico que incluya los nombres y apellidos de la paciente, número de documento de identidad, diagnóstico descriptivo con la Codificación Internacional de Enfermedades, fecha de inicio y de fin del periodo de descanso por maternidad, fecha de otorgamiento del Certificado Médico, firma del profesional de la salud tratante acorde con el RENIEC, sello legible del profesional de la salud tratante, fecha de última menstruación, fecha probable de parto. b) En caso de Embarazo Prolongado de cuarenta y dos (42) a más semanas: El Certificado Médico debe incluir el diagnóstico de Embarazo Prolongado. c) En caso de Parto Prematuro: Antes de las treinta (30) semanas de gestación se requiere copia del Acta de Nacimiento, cuando el neonato sobrevive; o copia del Acta de Nacimiento y copia de Acta de Defunción, cuando el neonato fallezca después de las setenta y dos (72) horas. d) Después de las treinta (30) semanas, se requiere copia del Acta de Nacimiento. e) En caso que el parto se hubiera producido después de la fecha de parto fijada en el Certificado Médico, se requiere copia de Acta de Nacimiento o Partida de Nacimiento o presentar documento de identidad del recién nacido. f) En caso de postergación del descanso pre natal, adicionar Informe Médico de postergación del descanso por maternidad, emitido por el médico tratante.
4	Niño con Discapacidad Ley N°29992-Extensión del Descanso Post natal	a) Copia del Certificado Médico (en caso de discapacidad permanente del recién nacido). b) Copia del Acta de Nacimiento (en caso de nacimiento múltiple).
5	Accidente de tránsito	a) Copia del Certificado Médico que incluya los nombres y apellidos del paciente, número de documento de identidad, diagnóstico descriptivo con la Codificación Internacional de Enfermedades, fecha de inicio y de fin del periodo de incapacidad, fecha de otorgamiento del certificado médico, firma del profesional de la salud tratante acorde con el RENIEC, sello legible del profesional de la salud tratante. b) Copia del Formato de Registro de Accidentes de Tránsito. c) Copia de indicaciones médicas (en caso de paciente no hospitalizado). d) Copia de Epicrisis (en caso de paciente hospitalizado).

Rubro IV.- FORMA DE ENTREGA DE LA INFORMACIÓN: Marcar con una X en el recuadro contiguo o consignar información del medio de entrega de información.

		SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA		NIT:	
I. FUNCIONARIO RESPONSABLE DE ENTREGAR LA INFORMACIÓN:					
II. DATOS DEL SOLICITANTE:					
PERSONA NATURAL O JURÍDICA					
APELLIDOS Y NOMBRES / RAZÓN SOCIAL					
DIRECCIÓN		DISTRITO		PROVINCIA / DEPARTAMENTO	
DNI / C.E		TELÉFONO / CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO	
REPRESENTANTE LEGAL (APELLIDOS Y NOMBRES)					
DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL			DNI / C. E		
III. INFORMACIÓN SOLICITADA: (Expresión clara, concreta y precisa del pedido de información)					
IV. FORMA DE ENTREGA DE LA INFORMACIÓN (Marcar con una "X")					
☐ Copia simple ☐ CD ☐ Correo electrónico Otro: _____					
FIRMA DEL SOLICITANTE / REPRESENTANTE LEGAL			FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN		
OPCIONAL: INDICAR ALGÚN DATO QUE FACILITE SU BÚSQUEDA					
NOTIFICACIÓN					
Autorizo se me notifique vía correo electrónico toda actuación que se derive de la presente solicitud: SI ☐ NO ☐					

SECCIÓN N° 4: SEDES DE ATENCIÓN

SEDES	DIRECCIÓN	HORARIO DE ATENCIÓN
Sede Central de EsSalud	JESUS MARIA - LIMA - LIMA - Av. Arenales 1402	Lunes a viernes de 08:00 a 16:00.
Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas - OSPE, http://www.essalud.gob.pe/agencias-y-oficinas-de-seguros/	JESUS MARIA - LIMA - LIMA - http://www.essalud.gob.pe/agencias-y-oficinas-de-seguros/	Lunes a viernes de 08:00 a 16:00. Sábados de 08:00 a 12:00.
Órganos Desconcentrados (Gerencia/Dirección de Red Prestacional o Asistencial /Hospital/ Instituto /Centro Nacional)	JESUS MARIA - LIMA - LIMA - http://www.essalud.gob.pe/direccion-de-la-entidad-y-telefonos/	Lunes a viernes de 08:00 a 16:00.
Establecimiento de Salud de la Red prestadora de ESSALUD	JESUS MARIA - LIMA - LIMA - http://www.essalud.gob.pe/direccion-de-la-entidad-y-telefonos/	Lunes a viernes de 08:00 a 14:00.
Establecimientos de Salud donde se haya constituido una Comisión Médica Calificadora de la Incapacidad -CMCI (http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/informacion/RESOLUCION_1241_GG_ESSALUD_2015.pdf)	JESUS MARIA - LIMA - LIMA - http://www.essalud.gob.pe/direccion-de-la-entidad-y-telefonos/	Lunes a viernes de 08:00 a 14:00.
Centro de Validación de Incapacidad Temporal - CEVIT Central	JESUS MARIA - LIMA - LIMA - Av. Arenales 1302	Lunes a viernes de 08:00 a 16:00.
Establecimientos de Salud donde se haya constituido un Comité Médico de Evaluación y Calificación de los hijos mayores de edad incapacitados total y permanente para el trabajo	JESUS MARIA - LIMA - LIMA - http://www.essalud.gob.pe/direccion-de-la-entidad-y-telefonos/	Lunes a viernes de 08:00 a 14:00.
Establecimientos de Salud donde se haya constituido una Comisión Médica Calificadora de la Incapacidad	JESUS MARIA - LIMA - LIMA - http://www.essalud.gob.pe/direccion-de-la-entidad-y-telefonos/	Lunes a viernes de 08:00 a 14:00.