



Devolvemos vida al planeta

## Procedimiento de Descansos Médicos Procedimiento

Código: S5.4.P2

Versión: 01

Fecha: 27/12/2023

# Procedimiento de Descansos Médicos

Versión	Fecha	Control de Cambios
01	27/12/2023	<ul style="list-style-type: none"><li>Se actualiza integralmente el procedimiento para consolidar las disposiciones y anexos sobre descansos médicos y prestaciones adicionales, antes en procedimientos independientes.</li></ul>

Áreas Responsables	Nombres y Cargos
<b>Elaborado:</b> <b>Oficina de Gestión Humana</b>	Marlene Báez Especialista de Desarrollo de Personal
<b>Revisado:</b> <b>Oficina de Gestión Humana</b>	Raquel Mendoza Jefe de Oficina de Gestión Humana
<b>Homologado:</b> <b>Oficina de Planeamiento y Mejora Continua</b>	Deymer Barturén Especialista en Calidad y Mejora de Procesos  Miguel Tito Jefe de Planeamiento y Mejora Continua
<b>Aprobado:</b> <b>Gerencia General</b>	Antonio Montenegro Gerente General

Este documento es propiedad de Activos Mineros S.A.C. Queda prohibida su reproducción sin su autorización escrita. Es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico emitido por Activos Mineros S.A.C. Es responsabilidad del usuario asegurarse que corresponde a la versión vigente publicada en la red interna y/o página web institucional.



Devolvemos vida al planeta

## Procedimiento de Descansos Médicos Procedimiento

Código: S5.4.P2

Versión: 01

Fecha: 27/12/2023

### INDICE

I.	OBJETIVO .....	3
II.	ALCANCE .....	3
III.	DOCUMENTOS DE REFERENCIA.....	3
IV.	VIGENCIA .....	3
V.	CONTENIDO.....	3
1.	DEFINICIONES / CONSIDERACIONES .....	3
2.	DISPOSICIONES.....	5
3.	PRESENTACIÓN DE DOCUMENTO DE DESCANSO MÉDICO .....	7
4.	ALCANCES FUNCIONALES .....	8
4.1.	Jefe de Oficina de Gestión Humana .....	8
4.2.	Especialista de Desarrollo de Personal .....	8
4.3.	Especialista en Administración de personal .....	8
4.4.	Gerentes y Jefes de Área .....	8
4.5.	Trabajador.....	8
5.	REGISTROS / ANEXOS.....	9

	<b>Procedimiento de Descansos Médicos</b> Procedimiento	Código: S5.4.P2 Versión: 01 Fecha: 27/12/2023
---	--	---

## I. OBJETIVO

Establecer los lineamientos ante los casos de incapacidad temporal para el trabajo, presentados por parte de los trabajadores de Activos Mineros S.A.C. (en adelante AMSAC), a fin de sustentar la ausencia laboral ante alguna contingencia de salud.

## II. ALCANCE

Las disposiciones contenidas en el presente procedimiento son de aplicación obligatoria a todos los trabajadores que laboran en AMSAC, bajo cualquiera de sus modalidades de contratación (plazo fijo o plazo indeterminado).

## III. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Ley N° 26842 Ley General de Salud.
- Ley N° 26790 Ley de la Modernización de la Seguridad Social en Salud.
- Reglamento de la Ley N° 26790, aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA.
- Ley N° 27056 Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD).
- Reglamento de la Ley N° 27056, aprobado por Decreto Supremo N° 002-99-TR, modificado por Decreto Supremo N° 002- 2004-TR y Decreto Supremo N° 025-2007-TR.
- Decreto Supremo N° 013-2019-TR. Reglamento de Reconocimiento y Pago de Prestaciones Económicas.
- Decreto Legislativo N° 728 “Ley de Productividad y Competitividad Laboral”, aprobado por Decreto Supremo N° 003-97-TR y su reglamento.
- Reglamento Interno de Trabajo de AMSAC (RIT).
- Reglamento Interno de Seguridad y Salud en el Trabajo (RISST).

## IV. VIGENCIA

Este documento entrará en vigencia a partir del primer día hábil después de la fecha de aprobación derogándose su precedente Versión 00 de fecha 21.jun.2021.

## V. CONTENIDO

### 1. DEFINICIONES / CONSIDERACIONES

- 1.1. **Descanso Médico:** Es el período de incapacidad temporal para laborar, autorizada por el médico tratante y otorgado al trabajador, necesario para que, en combinación con el tratamiento indicado, el trabajador guarde reposo o descanso necesario y pueda lograr una recuperación física y mental que le permita retornar a su actividad habitual.
- 1.2. **Incapacidad Temporal para el Trabajo:** Es la falta de aptitud o suficiencia temporal para el trabajo, originada por enfermedad común, accidente de trabajo, enfermedad profesional o maternidad (gravidez), que se sustenta en un certificado emitido por establecimientos del Ministerio de Salud, ESSALUD o Entidades Privadas.
- 1.3. **Certificado de Descanso Médico:** Es un documento escrito y acreditado por un profesional de la salud (médico tratante), ya sea de EsSalud, clínica afiliada a la EPS o de un centro de salud estatal o particular, que es otorgado al trabajador que se encuentra enfermo e impedido para brindar un servicio en su Centro de Labores.

Los certificados médicos por enfermedad, accidente común o accidente de trabajo (siempre que sea calificado como tal) pueden ser emitidos por un período máximo de 30 días calendario. En ningún caso el certificado médico presentará enmendaduras, correcciones, borrones, manchas, ni cualquier otro elemento que lo vuelva ilegible o vulnere su integridad; adicionalmente la especialidad del médico tratante debe ser coherente con el diagnóstico, de lo contrario será rechazado, estando a responsabilidad

	<b>Procedimiento de Descansos Médicos</b> Procedimiento	Código: S5.4.P2 Versión: 01 Fecha: 27/12/2023
---	--	---

del trabajador obtener un certificado conforme a lo dispuesto en el presente procedimiento.

- 1.4. **Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT):** Documento emitido por EsSalud, en el cual se registra el diagnóstico médico y la duración del periodo de incapacidad temporal para el trabajo que es otorgado al Asegurado Titular (Trabajador).
- 1.5. **Prestaciones Económicas:** Las prestaciones económicas son entregas dinerarias, de carácter periódico o de pago único, concedidas a personas o a familias para facilitar su integración social, apoyar el cuidado de las personas dependientes, paliar situaciones transitorias de necesidad o garantizar mínimos de subsistencia.
- 1.6. **Subsidio:** Es la prestación económica pagada por EsSalud y tiene como finalidad revertir la pérdida económica que un trabajador presenta ante casos de incapacidad temporal para el trabajo por el deterioro de su salud o por maternidad; dicho pago por subsidio reemplaza el pago de su remuneración. El alcance de esta normativa los siguientes tipos de subsidios:
  - a) **Subsidio por incapacidad temporal**  
 Es el monto en dinero que otorga EsSalud a los asegurados regulares a partir del día veintiuno (21) de descanso médico, con el fin de compensar la pérdida económica derivada de la incapacidad para el trabajo. El pago de los primeros veinte (20) días de descanso médico acumulados en un año calendario es asumido por la Empresa; motivo por el cual, se considera subsidio a partir del día 21 y puede abarcar más de un periodo, entendiéndose que puede empezar un año y continuar hasta el siguiente.
  - b) **Subsidio por maternidad**  
 Se le denomina Descanso Pre y Post Natal y es otorgado como consecuencia del alumbramiento para el cuidado del recién nacido; dicho pago se encuentra a cargo de EsSalud y se otorga por los noventa (98) días de descanso por maternidad. En caso se registren casos de parto múltiple o de nacimiento de recién nacido con discapacidad, se podrá extender por 30 días adicionales.
- 1.7. **Condiciones para el pago de subsidios:** Para que el trabajador pueda acceder al pago de subsidio por incapacidad temporal o maternidad, deberá cumplir con lo siguiente:
 

**Derecho al pago de subsidio por incapacidad temporal:**

  - Tienen derecho al pago de subsidio por incapacidad temporal aquellos trabajadores que cuenten con más de tres (03) meses de aportación consecutivos o cuatro (04) meses no consecutivos dentro de los seis (06) meses calendario, anteriores al mes en que se inició el descanso médico que da origen al subsidio.

**Derecho al pago de subsidio por maternidad:**

  - Tienen derecho al pago de subsidio por maternidad, aquellas trabajadoras que cumplan con:
    - Contar con vínculo laboral con la empresa en el mes de la concepción.
    - Contar con más de tres (03) meses de aportación consecutivos o cuatro (04) meses no consecutivos dentro de los seis (06) meses calendario, anteriores al mes en que se inició el descanso médico que da origen al subsidio.
- 1.8. **Descanso por maternidad:** Es el derecho de la trabajadora de gozar de 98 días naturales de descanso, distribuido en cuarenta y nueve (49) días naturales de descanso pre- natal y cuarenta y nueve (49) días naturales de descanso post natal, pudiendo postergar los días de pre-natal de manera parcial o total, siempre y cuando su médico tratante así lo autorice. Para ello, se requiere un Informe Médico de Postergación del Descanso por Maternidad (Anexo 1).
- 1.9. **Informe Médico de Calificación de Incapacidad (IMECI):** Es el documento oficial que emite EsSalud a través de la Comisión Médica Calificadora de Incapacidades (COMECI),



Devolvemos vida al planeta

## Procedimiento de Descansos Médicos Procedimiento

Código: S5.4.P2

Versión: 01

Fecha: 27/12/2023

entidad encargada de determinar el tipo de incapacidad aplicable al asegurado y calificando su naturaleza. Dicho documento es válido sólo para el pago de subsidio en caso el descanso médico se califique como prolongado, más de ciento cincuenta (150) días consecutivos, o más de noventa (90) días no consecutivos en un período de trescientos sesenta y cinco (365) días. Para ello, EsSalud deberá efectuar una evaluación médica con el fin de determinar la condición de incapacidad del Trabajador, que se reflejará en el IMECI de acuerdo a dicha calificación.

### 2. DISPOSICIONES GENERALES

- 2.1. El Jefe de la Oficina de Gestión Humana, como dueño del proceso de Gestión Humana, es responsable de que el proceso de descansos médicos, incluyendo la recuperación de los subsidios en caso aplique, se efectúe cumpliendo los plazos y las disposiciones previstas en la normativa legal aplicable y el presente procedimiento.
- 2.2. Todos los trabajadores de AMSAC tiene la responsabilidad y obligación de informar a su Jefe inmediato si presenta alguna incapacidad temporal para trabajar, en un plazo máximo de 3 horas de haberse generado la misma; debiendo informar de manera telefónica o por correo electrónico; este plazo será siempre que dicha incapacidad no le impida informar.
- 2.3. El trabajador deberá enviar el documento de descanso médico de manera virtual a su Jefe Inmediato, con copia a la Especialista de Desarrollo de Personal de la Oficina de Gestión Humana, en un plazo máximo de 24 horas desde su emisión; este plazo será siempre que dicha incapacidad no le impida informar ya que si presenta dicha incapacidad la entrega del documento de descanso médico también podrá realizarse en físico con sus sustentos por un familiar del trabajador.
- 2.4. En caso el colaborador se encuentre hospitalizado, además de cumplir con lo dispuesto en el punto 2.2, un familiar del trabajador deberá presentar en el primer día de su ausencia los documentos que sustenten la hospitalización (constancia de hospitalización, tratamiento médico, etc.). Asimismo, al momento del alta a los 30 días de hospitalización, el familiar deberá presentar al Especialista de Desarrollo de Personal el descanso médico dentro del plazo indicado en el punto 2.3
- 2.5. En caso el descanso médico sea emitido por un accidente de trabajo, los documentos a remitir por el trabajador o familiar en adición a lo indicado en el punto 2.3 serán la copia de la solicitud de atención por SCTR (Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo) y/o la constancia de alta emitida por el médico tratante (si fuera el caso).
- 2.6. El Gerente, Jefe o Supervisor inmediato tiene la responsabilidad de informar a la Oficina de Gestión Humana en un plazo de 24 horas, la ausencia por alguna incapacidad temporal de los trabajadores que dirigen; sea por vía telefónica o correo electrónico, a fin de que el personal de la Oficina de Gestión Humana pueda realizar el seguimiento respectivo.
- 2.7. Un certificado de descanso médico presentado deberá ser emitido por un profesional de la salud, donde se especifique el nombre completo del trabajador, descripción del diagnóstico, fecha de inicio y fin de los días de descanso médico, registro de firma original, sello legible y número de colegiatura del profesional de salud (médico tratante) y fecha de emisión del documento.
- 2.8. La Oficina de Gestión Humana designará a un Especialista o Profesional de Bienestar Laboral o de Vigilancia médica ocupacional, realizar a la Visita Domiciliaria a los trabajadores que reporten Incapacidad Temporal para Trabajar. Dicha visita domiciliaria se realizará en aquellos casos de incapacidad temporal que superen los 3 días de ausencia laboral o cuando la Oficina de Gestión Humana lo considere pertinente.

 <p>Devolvemos vida al planeta</p>	<h2>Procedimiento de Descansos Médicos</h2> <h3>Procedimiento</h3>	<p>Código: S5.4.P2  Versión: 01  Fecha: 27/12/2023</p>
---	--	--

2.9. Si el trabajador incumple con informar y presentar su documento de descanso médico al Jefe Inmediato dentro de los plazos establecidos, será sancionado en función a lo establecido en el Reglamento Interno de Trabajo y los días de ausencia laboral serán considerados como días de falta.

2.10. Los descansos médicos deberán ser presentados en los formatos autorizados como:

- Certificado de Incapacidad para el Trabajo, emitido por un EsSalud.
- Certificado Médico emitido por una Clínica Privada, afiliada al sistema de EPS.

Se aceptarán los descansos médicos en el formato regulado por el Colegio de Médicos del Perú (Especie Valorada), cuando sean emitidos por Centros de Salud y/o Hospitales Públicos, en los casos que no se cuente con la acreditación ante EsSalud, EPS o sea una emergencia médica que ponga en riesgo la vida.

2.11. En caso los descansos médicos presentados por el trabajador superen los 20 días durante un año, será responsabilidad de éste realizar la respectiva VALIDACIÓN de los descansos médicos superiores a los 20 días ante EsSalud. Para tal fin el trabajador deberá comunicarse con el Especialista de Desarrollo de Personal a fin de que le indique las pautas para realizar dicha validación.

En caso el trabajador no cumpla con realizar la validación en los plazos informados por el Especialista de Desarrollo de Personal, se procederá a realizar el descuento de los días no laborados.

2.12. La presentación de certificados médicos con información falsa será considerada como **FALTA GRAVE** y sujeto a proceso administrativo y/o sanción disciplinaria, de acuerdo al Reglamento Interno de Trabajo; es responsabilidad y potestad de la Oficina de Gestión Humana realizar la validación del documento a través de las auditorías de descansos médicos aleatorios.

Asimismo, las auditorías de descansos médicos se podrán dar por presentar descansos médicos de manera frecuente o por solicitud de los responsables de las áreas por alguna observación o récord de ausentismo que presente un trabajador.

Cabe indicar que el Especialista de Desarrollo de Personal corroborará la autenticidad de los documentos presentados por los trabajadores, mediante cartas dirigidas a los establecimientos de salud y entrevistas efectuadas a los médicos que emitieron los respectivos descansos médicos. En caso se corrobore falsedad de los documentos presentados se procederá a informar al área legal y a la Oficina de Gestión Humana para aplicar las sanciones correspondientes.



Devolvemos vida al planeta

## Procedimiento de Descansos Médicos

### Procedimiento

Código: S5.4.P2

Versión: 01

Fecha: 27/12/2023

### 3. PRESENTACIÓN DE DOCUMENTO DE DESCANSO MÉDICO

Ejecutor	Actividad
Trabajador	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Informa a su Jefe Inmediato sobre su contingencia de salud en un plazo máximo de 3 horas de haberse generado la contingencia (vía telefónica o correo electrónico).</li><li>2. Envía el documento de descanso médico de manera virtual a su Jefe Inmediato, con copia a la Especialista de Desarrollo de Personal de la Oficina de Gestión Humana, en un plazo máximo de 24 horas de su emisión.</li><li>3. Presenta el descanso médico a su Jefe Inmediato y luego lo entrega a la Oficina de Gestión Humana.</li><li>4. En caso el trabajador presente descansos médicos distintos a los generados por EsSalud, deberá realizar el canje del Descanso Médico ante EsSalud, a fin de obtener el CITT autorizado. (Ver Anexo N°4: Requisitos para Canje de Descanso Médico)</li></ol>
Gerente, Jefe o Supervisor de Área	<ol style="list-style-type: none"><li>5. Informar la contingencia de salud del trabajador vía telefónica o correo electrónico, a la Oficina de Gestión Humana en un plazo máximo de 24 horas.</li></ol>
Especialista en Desarrollo de Personal	<ol style="list-style-type: none"><li>6. Recibir información (vía telefónica o correo electrónico) de la contingencia de salud y realiza el contacto telefónico con el trabajador con incapacidad temporal.</li><li>7. Recibir y revisar el descanso médico en documento físico del trabajador que presenta contingencia de salud.</li><li>8. Registrar información de los descansos médicos en el módulo SPRING.</li><li>9. Emitir indicadores de Descansos Médicos según diagnósticos presentados.</li></ol>
Especialista de Administración de Personal	<ol style="list-style-type: none"><li>10. Registrar la información de descansos médicos en el sistema de planillas y realizar el proceso correspondiente.</li><li>11. Contrastar la información con el PLAME y en casos que los descansos médicos superen los 20 días realizar la declaración de los días de subsidios en el PLAME dentro del mes que se genera la contingencia y las siguientes actividades:<ol style="list-style-type: none"><li>i) Realizar el registro de información en el formulario de prestaciones económicas y recabar la documentación necesaria que se adjunta al expediente que se presentará ante EsSalud.</li><li>ii) Realizar el seguimiento del expediente de Subsidio presentado ante EsSalud para su recuperación, verificando la página web de EsSalud, el estado del expediente y el código NIT (Número de Identificación del Trámite) para realizar el cobro del subsidio.</li><li>iii) Coordinar con la Entidad Bancaria, vía correo electrónico, el abono de la transferencia de los expedientes de subsidios aprobados.</li><li>iv) Informar al Área Contable y de Tesorería la recuperación del subsidio y adjuntar los comprobantes respectivos.</li><li>v) Elaborar la Carta de Autorización para el abono del Subsidio en las cuentas de AMSAC y recabar las firmas de los Gerentes autorizados.</li></ol></li></ol>
Jefe de Tesorería / Especialista de Tesorería	<ol style="list-style-type: none"><li>12. Registrar el ingreso de subsidio recuperado.</li></ol>
Contador / Especialista de Control Previo	<ol style="list-style-type: none"><li>13. Verificar la amortización del subsidio generado y emitir el reporte de los saldos actuales</li></ol>



Devolvemos vida al planeta

## Procedimiento de Descansos Médicos Procedimiento

Código: S5.4.P2

Versión: 01

Fecha: 27/12/2023

Ejecutor	Actividad
Jefe de la Oficina de Gestión Humana	14. Realizar las gestiones para la auditoría de Descansos Médicos aleatorios. 15. Designar al Especialista o profesional a realizar la Visita Domiciliaria.

#### 4. ALCANCES FUNCIONALES

##### 4.1. Jefe de Oficina de Gestión Humana

- Validar los descansos médicos
- Gestionar las auditorías de Descansos Médicos.
- Conducir el proceso de prestaciones económicas, asegurando el cumplimiento de la normativa legal aplicable y las disposiciones establecidas en el presente procedimiento.
- Velar por el cumplimiento del presente procedimiento.
- Velar porque el procedimiento se mantenga vigente, siendo responsable de realizar revisiones y actualizaciones periódicas, así como de la difusión y conocimiento del mismo por parte del equipo de trabajo y áreas vinculadas.

##### 4.2. Especialista de Desarrollo de Personal

- Recibir los descansos médicos en documento físico según los formatos autorizados.
- Ingresar la información de los descansos médicos y subsidios en el sistema de personal.
- Realizar la visita domiciliaria.
- Elaborar el Reporte e Indicadores Mensuales de Descansos Médicos según diagnósticos médicos.
- Hacer el seguimiento de salud del colaborador que se encuentra de descanso médico, a fin de brindar apoyo y asistencia médica.

##### 4.3. Especialista en Administración de personal

- Realizar el cálculo de días de descanso médico y el procesamiento de pago en la planilla de remuneraciones.
- Realizar la declaración de información en el PLAME.
- Orientar al personal que iniciará trámites para el canje del CITT.
- Elaborar, revisar, ingresar y realizar el seguimiento al expediente para solicitud de reembolso.
- Realizar las gestiones para el cobro del subsidio ante EsSalud y ante la entidad bancaria.
- Informar a las áreas correspondientes la recuperación del subsidio para el descargo de las cuentas por cobrar de la empresa.

##### 4.4. Jefe de Tesorería / Especialista en Tesorería

- Registrar el ingreso del subsidio recuperado.

##### 4.5. Contador / Especialista de Control Previo

- Verificar la amortización y emitir los reportes de saldos actualizados.

##### 4.6. Gerentes y Jefes de Área

- Comunicar a la Oficina de Gestión Humana los descansos médicos del personal de su área al momento de producirse.

##### 4.7. Trabajador

- Comunicar la inasistencia al Centro de Labores por contingencias de salud.
- Presentar el descanso médico al Jefe Inmediato, en formatos autorizados.





Devolvemos vida al planeta

## Procedimiento de Descansos Médicos Procedimiento

Código: S5.4.P2

Versión: 01

Fecha: 27/12/2023

### 5. REGISTROS / ANEXOS

- Formato S5.4.2.P2.F1 Visita Domiciliaria.
- Anexo N° 1: Formato de Descanso Médico, emitido por Essalud.
- Anexo N° 2: Formato de Descanso Médico, emitido por Clínica.
- Anexo N° 3: Informe Médico de Postergación del Descanso por Maternidad.
- Anexo N° 4: Requisitos para el Canje de Certificados de Incapacidad para el Trabajo (CITT).
- Anexo N° 5: Solicitud de Prestaciones Económicas (Formulario 1040).



Devolvemos vida al planeta

## Procedimiento de Descansos Médicos Procedimiento

Código: S5.4.P2  
Versión: 01  
Fecha: 27/12/2023

### ANEXO Nº 1: FORMATO DE DESCANSO MÉDICO, EMITIDO POR ESSALUD (\*)

Formulario 8003 - I USUARIO

**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO**

EE.SS: 265 - H.II JORGE REATEGUI DELGADO

CITT No. : **A-265-00038637-15**

Acto Medico: 9321928  
Servicio: AB1 MEDICINA GENERAL

---

Nombre Asegurado: [REDACTED]  
Doc. de Identidad: D.N.I. [REDACTED]  
Autogenerado: 7905101ASCAB005

---

Lugar de Atención: CONSULTA EXTERNA  
Contingencia: ENFERMEDAD COMUN  
PP.SS. Particular:  
F. Prob. de Parto:

---

**PERIODO INCAPACIDAD**  
Fecha de Inicio: 31/07/2015  
Fecha Fin: 04/08/2015  
Total de Días: 5  
F. de Otorgamiento: 31/07/2015

**DIAS ACUMULADOS**  
Consecutivos: 5  
No Consecutivos: 46  
PP.SS. Tratante MEDICO 52622

---

**OBSERVACIONES**

Usuario: 42645349  
Fecha: 31/07/2015 Hora: 15:11:37

*[Handwritten signature]*  
Dr. [REDACTED]  
[Stamp: Essalud]

(\*) Formato referencial, sujeto a las precisiones que disponga Essalud.



Devolvemos vida al planeta

## Procedimiento de Descansos Médicos Procedimiento

Código: S5.4.P2

Versión: 01

Fecha: 27/12/2023

### ANEXO Nº 2: FORMATO DE DESCANSO MÉDICO, EMITIDO POR CLÍNICA (\*)

**CLINICA  
VESALIO**

Calle Joseph Thompson N° 140 Urb. Santo Tomás - San Borja/Telf. 618 9999  
UNIDAD DE CHEQUEOS MÉDICOS: Calle Mercator N° 430 - San Borja/Telf. 6152030

CONSTANCIA DE ATENCIÓN

Emergencia   
Consulta Externa   
Chequeo Médico

Conste por el presente que:  
Vasquez Sanchez, Lilly Azucena  
ha sido atendido(a) en la fecha: 09/02/19 hora: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICOS: 1) Moniropatía de rodilla derecha  
2) Bursitis de rodilla derecha

DESCANSO MÉDICO: 15 (Quince) días  
Expedida para fines consiguientes

San Borja, 09/02/19

Dr. [Firma]

DR. LUIS ALBERTO MENDOZA VALERA  
TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEdia  
CMP. 046816 RNE. 024253

COD. 0010100095

(\*) Formato referencial, sujeto a la EPS o el Centro Médico respectivo.



Devolvemos vida al planeta

## Procedimiento de Descansos Médicos Procedimiento

Código: S5.4.P2

Versión: 01

Fecha: 27/12/2023

### ANEXO N° 3: INFORME MÉDICO DE POSTERGACIÓN DEL DESCANSO POR MATERNIDAD(\*)



GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES  
GERENCIA DE PRESTACIONES ECONÓMICAS  
SUB GERENCIA DE AUDITORIA DE CERTIFICACIONES Y EVALUACIÓN MÉDICA

#### ANEXO N° 18

#### INFORME MÉDICO DE POSTERGACIÓN DEL DESCANSO POR MATERNIDAD

<b>Establecimiento de Salud</b>	<b>Red Asistencial</b>	<b>Fecha</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
<b>Nombres y Apellidos del Médico Tratante</b>		<b>CMP</b>	<input type="text"/>	<b>RNE</b>	<input type="text"/>
<input type="text"/>					
<b>Nombres y Apellidos de la Asegurada</b>		<b>Documento de Identidad</b>			
<input type="text"/>		DNI	<input type="checkbox"/>	C.Extranjería	<input type="checkbox"/>
					<input type="text"/>

<b>CONDICIONES DE LA GESTACIÓN</b>					
Fórmula Gestacional	<input type="text"/>	FUR	<input type="text"/>	FPP	<input type="text"/>
				EG	<input type="text"/> sem
CPN	Fecha de Inicio	<input type="text"/>	Psicoprofilaxis del Parto	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Altura Uterina	<input type="text"/>	Canal Vaginal	<input type="text"/>		
Placenta	Posición	<input type="text"/>	Estadio	<input type="text"/>	
Antecedentes Patológicos y Obstétricos					
.....					
.....					
.....					

<b>CONDICIONES DEL PRODUCTO</b>					
Gestación Única	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Gestación Múltiple	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	N° Fetos	<input type="text"/>
Posición	<input type="text"/>	Peso	<input type="text"/>	Latidos Fetales	<input type="text"/>
Morfología					
.....					
.....					
Conclusión					
.....					
.....					

<b>CONDICIONES LABORALES</b>					
Trabajo Habitual			Empleador		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Riesgos Laborales	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Adaptación al Trabajo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

El Médico que suscribe hace constar que ha evaluado a la asegurada de la referencia, siendo las condiciones de la gestación y del producto ....., que permiten una adaptación plena a su trabajo habitual; por lo que autoriza a diferir el inicio del periodo de Descanso por Maternidad hasta el .....

#### FIRMA Y SELLO

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

(\*) Documento referencial sujeto a las modificaciones que disponga Essalud



Devolvemos vida al planeta

## Procedimiento de Descansos Médicos Procedimiento

Código: S5.4.P2

Versión: 01


Fecha: 27/12/2023

### ANEXO N ° 4:

### REQUISITOS PARA EL CANJE DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD PARA EL TRABAJO (CITT)

- Fotocopia de los certificados que sustenten los veinte (20) primeros días o carta del empleador en la que declara haber asumido el pago de los mismos.
- DNI (01 copia).
- Boleta de Pago (01 copia).
- Anexo 10: Formulario para el Trámite de Validación de Certificado Médico y demás requisitos, enumerados en dicho Formulario, los cuales son obligatorios, para la emisión del respectivo CITT.

DISTRIBUCIÓN GRATUITA - PROHIBIDA SU VENTA

 <b>EsSalud</b> Humanizando el Seguro Social <b>Anexo 10</b>	<b>FORMULARIO PARA EL TRÁMITE DE VALIDACIÓN DE CERTIFICADO MÉDICO</b>	Nº Folio EsSalud (Llenado por el asegurado y/o solicitante)
<b>I.- INFORMACIÓN DE ASEGURADO TITULAR</b>		
<b>DATOS DEL ASEGURADO TITULAR:</b> DNI <input type="checkbox"/> CARNET EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> Número <input type="text"/>		
Primer apellido <input type="text"/>	Segundo apellido <input type="text"/>	Nombre(s) <input type="text"/>
Número de teléfono o celular <input type="text"/>	Correo electrónico <input type="text"/>	
<b>DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA:</b>		
Número de RUC <input type="text"/>	Razón Social <input type="text"/>	Trabajo Habitual u Ocupación <input type="text"/>
<b>II.- INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE</b> (Consiguar esta información en caso el solicitante no sea el asegurado titular)		
<b>DATOS DEL SOLICITANTE:</b> DNI <input type="checkbox"/> CARNET EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> Número <input type="text"/>		
Primer apellido <input type="text"/>	Segundo apellido <input type="text"/>	Nombre(s) <input type="text"/>
Número de teléfono o celular <input type="text"/>	Correo electrónico <input type="text"/>	
<b>III.- CONTINGENCIA</b>		
<input type="text"/> (Consiguar el código de la tabla de contingencias que esta al reverso del formato)		
<b>IV.- PERIODO A VALIDAR</b>		
Del <input type="text" value="DD/MM/AAAA"/>	Ai <input type="text" value="DD/MM/AAAA"/>	Total días <input type="text"/>
<b>V.- DOCUMENTOS A PRESENTAR</b>		
Se adjunta <input type="checkbox"/> Documentos señalados en el reverso del Formulario de acuerdo a la Contingencia y Tipo de Atención		
<b>DECLARACIÓN JURADA:</b>		
El firmante declara bajo juramento, que la información consignada y la documentación que se adjunta a la presente de declaración es verdadera, no es adulterada, de comprobarse falsedad en la declaración, información o documentación presentada, se encuentra obligado(a) a resarcir los daños ocasionados, así como asumir las sanciones previstas en los artículos pertinentes del Código Penal. Asimismo, autorizo que las notificaciones se remitan a los correos electrónicos consignados en el presente Formulario.		
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
La firma del solicitante: <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Persona con carta poder simple		<b>USO DE ESSALUD - REFRENDO</b>
Firma del Declarante o Solicitante Tp Dc Id <input type="text"/> Nro documento identidad <input type="text"/>		Firma y sello de EsSalud <input type="text"/>
		NIT <input type="text"/>

ESSALUD



Devolvemos vida al planeta

## Procedimiento de Descansos Médicos Procedimiento

Código: S5.4.P2

Versión: 01

Fecha: 27/12/2023

### ANEXO N° 5: SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS (FORMULARIO 1040)

		<b>SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS</b>		Formulario 1040 (versión 01)							
<b>I. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR</b>											
DATOS DEL ASEGURADO TITULAR: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CARNET DE EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/> PASAPORTE				NÚMERO							
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES							
DATOS DEL EMPLEADOR: <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> CIE (COD INSCRIP. EMPLEADOR TRABAJADOR DEL HOGAR TH)				NÚMERO							
CORREO ELECTRÓNICO:			TELÉFONO CONTACTO:								
<b>II. INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO sólo lactancia madre derechohabiente o sepelio (familiar directo)</b>											
DATOS DEL BENEFICIARIO: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CARNET DE EXTRANJERÍA				NÚMERO							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES							
CORREO ELECTRÓNICO:			TELÉFONO CONTACTO:								
PARENTESCO (familiar directo): <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> CONCUBINO(A) <input type="checkbox"/> HERMANO(A) <input type="checkbox"/> PADRES <input type="checkbox"/> OTRO: ..... <input type="checkbox"/> TERCERO											
<b>SOLO SI EL BENEFICIARIO ES TERCERO</b>											
NOMBRE DE FAMILIAR QUE AUTORIZA			NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD		FIRMA						
<b>III. SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS:</b> <input type="checkbox"/> PAGO DIRECTO <input type="checkbox"/> REEMBOLSO											
SOLICITUD DE PRESTACIÓN: <input type="checkbox"/> LACTANCIA <input type="checkbox"/> SEPELIO <input type="checkbox"/> INCAPACIDAD TEMPORAL <input type="checkbox"/> MATERNIDAD: 1RA ( ) 2DA ( ) TOTAL ( )											
ASEGURADO TITULAR CON VÍNCULO LABORAL A LA FECHA DE CONTINGENCIA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				FECHA CONTINGENCIA: DD/MM/AA							
PERIODO SUBSIDIADO: INICIO DD/MM/AA FIN DD/MM/AA				FECHA DE CESE: DD/MM/AA							
				N° DIAS: MONTO S/							
LLENADO SOLO POR TRABAJADOR DOCENTE: SECTOR: <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> PÚBLICO											
<b>IV. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA</b>											
<b>20 PRIMEROS DÍAS (CERTIFICADOS MÉDICOS PARTICULARES Y/O CITT) SOLO INCAPACIDAD TEMPORAL</b>											
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	
<b>SEPELIO</b>											
A. Los datos del comprobante a reembolsar son: FACTURA <input type="checkbox"/> BOLETA DE VENTA <input type="checkbox"/> RECIBO POR HONORARIOS <input type="checkbox"/>											
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:											
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>NO</b> han sido cubiertos por entidades públicas o privadas.</li> <li><b>NO</b> corresponde a un asegurado obligatorio del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR) fallecido por accidente de trabajo o enfermedad profesional.</li> </ul>											
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) ( )											
<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> </ul>											
Para Subsidio de Maternidad o Incapacidad Temporal. Declaro bajo juramento que he recibido de mi empleador el importe de S/..... (.....) como pago de prestaciones económicas, por las cuales la Entidad Empleadora solicita el reembolso.											
¿ESTÁ AFILIADO AL SCTR? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> INCAPACIDAD O FALLECIMIENTO CAUSADO POR UN TERCERO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>											
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	Firma del Asegurado o Beneficiario	Firma y Sello de Essalud									
Tipo Doc.: DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/>	Tipo Doc.: DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/>	N° de NIT o EXP.:									
Número: .....	Número: .....	Se adjunta ..... folios.									
Mediante la presente se autoriza la presentación de la solicitud y seguimiento al trámite mismo a ..... en representación de mi persona.											
ESSALUD											