

**UNIDAD DE GESTIÓN
EDUCATIVA LOCAL PUNO**

"Año de la Universalización de la Salud"

"Consolidando la autonomía de las
instituciones educativas"



RESOLUCION DE GERENCIA GENERAL
N° 1311-GG-ESSALUD-2014
DIRECTIVA DE GERENCIA GENERAL
N° 015-GG-ESSALUD-2014
RESOLUCION VICEMINISTERIAL N° 123-2021-
MINEDU

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

SEGURIDAD SOCIAL Y LA COBERTURA DE SALUD Y PRESTACIONES ECONÓMICAS QUE BRINDA ESSALUD

OFIC. DE BIENESTAR SOCIAL

Lic. T.S Azalia Tapia Huacasi



CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD

QUE ES?

- ▶ El Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo – CITT, es el documento oficial de EsSalud, por el cual se hace constar el tipo de contingencia (enfermedad, accidente o maternidad), y la duración del periodo de incapacidad temporal para el trabajo. Se otorga al asegurado, según el tipo de seguro y característica de cobertura que genera subsidio por incapacidad temporal o maternidad.



DERECHO DE COBERTURA

- ▶ Los afiliados y sus derechohabientes tienen el derecho a las prestaciones del Seguro Social de Salud siempre que aquellos cuenten con tres meses de aportación consecutivos o con cuatro no consecutivos dentro de los seis meses calendario anteriores al mes en que se inició la causal.



¿PORQUÉ MOTIVOS SE EXPIDE UN CITT?

Se expide CITT (certificado de incapacidad temporal para el trabajo)

por:

- ▶ Incapacidad Temporal: causada por contingencias comunes o laborales
- ▶ Maternidad
- ▶ Validación de Certificados Médicos



Inicio Y Duración Del Derecho Al Subsidio

- ▶ El total de los periodos **NO CONSECUTIVOS** por los que se pague el subsidio, no deberá ser mayor a 340 días.
- ▶ Cuando la incapacidad sea determinada por la **COMECI** (comisión medica calificadora de incapacidades) como **NO TEMPORAL** será un máximo de 180 días para los periodos consecutivos.
- ▶ **ESSALUD** solo pagara los subsidios que sobrepasen los 150 días en base al informe medico de calificación emitido por la **COMECI** acorde con el resultado de la calificación.



LOS PROFESIONALES DE LA SALUD AUTORIZADOS A EMITIR CITT SON:

- ▶ Médicos Especialistas
- ▶ Médicos Cirujanos
- ▶ Médicos de Control
- ▶ Médicos de Personal
- ▶ Cirujanos Dentistas
- ▶ Obstetrices



QUIÉNES TIENEN DERECHO A UN CITT?

Los asegurados regulares activos pertenecientes al:

- ▶ Régimen Contributivo del Seguro Social de Salud.
- ▶ Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR) hasta un periodo máximo de 340 días.
- ▶ Seguro Agrario.
- ▶ Seguro del Pescador Artesanal.
- ▶ Seguro Personal y Familiar (Plan Completo).
- ▶ Otros que por ley se adicionen.



CONTINGENCIAS

Comunes

- Enfermedad Común
- Accidente Común
 - Accidente común propiamente dicho
 - Accidente de Tránsito
 - Accidente de Trabajo sin cobertura de SCTR (Seguro complementario de trabajo de Riesgo)
- Maternidad
 - Embarazo único
 - Embarazo múltiple
 - Embarazo prolongado
 - Recién Nacido con discapacidad

Laborales

- Accidente de Trabajo
- Enfermedad Profesional



ESSALUD-CITT

Formulario 8003-I
CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL
PARA EL TRABAJO
HOSPITAL DE EMERGENCIAS GRAU
C.A.: 007 HOSP. III EMERGENCIAS GRAU
No.CITT :
A-007-0000B661-1
Acto Medico : 7738069
Servicio : 101 MEDICINA GENERAL

Paciente : GUTIERREZ BUTIERREZ REBECA I
Documento: I L.E./DNI 07179080
Autogen. : 58112306181000

T.Atenci.: 01 CONSULTA EXTERNA
Conting. : 01 ENFERMEDAD
Emi.Part.:
F.P.Partos:

PERIODO INCAPACIDAD
F.Inicio : 15/11/2001
F. Fin : 17/11/2001
T. Dias : 3
DIAS ACUMULADOS
Consecut.: 0 No Consec.: 0
F.Dtorga.: 15/11/2001
Medico :
M MEDICO 4789
TAPAHUASCO PEREZ JUAN

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

ESSALUD-CITT

AUDITORIA
Formulario 8003-I
CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL
PARA EL TRABAJO
HOSPITAL DE EMERGENCIAS GRAU
C.A.: 007 HOSP. III EMERGENCIAS GRAU
No.CITT :
A-007-0000B661-1
Acto Medico : 7738069
Servicio : 101 MEDICINA GENERAL

Paciente : GUTIERREZ BUTIERREZ REBECA I
Documento: I L.E./DNI 07179080
Autogen. : 58112306181000

T.Atenci.: 01 CONSULTA EXTERNA
Conting. : 01 ENFERMEDAD
Emi.Part.:
F.P.Partos:

PERIODO INCAPACIDAD
F.Inicio : 15/11/2001
F. Fin : 17/11/2001
T. Dias : 3
DIAS ACUMULADOS
Consecut.: 0 No Consec.: 0
F.Dtorga.: 15/11/2001
Medico :
M MEDICO 4789
TAPAHUASCO PEREZ JUAN

OBSERVACIONES
Diagnóstico CIE-10: I.N39.0 2.


Terminalista : MARTIN
Fecha : 15/11/2001 Hora: 09:23:01



CARACTERÍSTICAS DEL CITT ELECTRÓNICO






 **EsSalud** Cerrar

H.III HOSPITAL DE EMERGENCIAS GRAU
UROLOGIA GENERAL

Fecha de la Cita : **19/03/2020**
Hora de la Cita : **10:36**
Medico : **TORRES ASCENCIO FELIX**
Consultorio : **500U**
Orden / Total : **14 / 20**
Tipo Atencion : **ATEN.MED.AMBUL. - CONSULTA MEDICA**

Paciente : **UGARTE FERRARI JUAN**
Historia Clinica : **Nro 574464**
Autogenerado : **5704251URFRJ008**
Tipo de Asegurado : **OBLIGATORIO**
Parentesco : **TITULAR**
Tipo de Paciente : **ASEGURADO REFERIDO**
No. Acto Medico : **4434967** RECITA NORMAL

Terminalista : **CARRANZA URBANO TITO**
Fecha : **25/02/2020** Hora : **12:14:59**
**1 DE DICIEMBRE DIA MUNDIAL
DE LA LUCHA CONTRA VIH SIDA**


 **COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ
CONSEJO NACIONAL**

CERTIFICADO MÉDICO
Consejo Regional I La Libertad

El que suscribe, Médico Cirujano CMP N° RME N°01213

Certifica:

EL SEÑOR HARLOW JOEL PALACIOS ALEJO
DE 31 AÑOS DE EDAD CON DNI: 44668465
SE LE REALIZÓ EXTRACCIÓN TOTAL DE LA
UÑA DEL PRIMER ORTEJO PIE IZQUIERDO
X LO QUE SE LE RECOMIENDA NO USO DE
CALZADO CERRADO Y REPOSO X 5 DÍAS
A PARTIR DE LA FECHA 12-08-19 HASTA
16-08-19


Cecilia E. Reyes Luján
PODÓLOGA
RME N° 01213

Fecha 12-08-2019 N° **1168481**

15
SOLES

CONSEJO NACIONAL



SERVICIOS Y MOMENTOS DE LA EMISIÓN DE CITT

- ▶ En Consulta Externa: al término del acto médico.
- ▶ En Emergencia: al término de la Atención del Servicio.
- ▶ En Hospitalización: al Alta, (o cada 30 días en caso continúe hospitalizado).
- ▶ En el Consultorio del Médico de Control: hasta las 72 horas de recibido la solicitud de regularización, en el caso de validación de certificados médicos, de acuerdo al plazo máximo establecido en el TUPA.
- ▶ En los Servicios de PADOMI: hasta las 24 horas de realizada la atención médica.



PRESTACIONES ECONÓMICAS





DESCANSO POR MATERNIDAD

Toda asegurada regular gestante que solicite un Descanso por Maternidad deberá tener vínculo laboral en el mes de concepción, el mismo que se determina como el noveno mes anterior a la fecha probable de parto.





TRAMITE POR MATERNIDAD

- Es el derecho de la profesora nombrada y contratada que permite gozar de (98) días calendario de descanso, distribuido en un periodo de (49) días calendario prenatal y (49) días de descanso postnatal.
- El descanso postnatal adicionalmente se extenderá treinta (30) días calendario en los casos de parto múltiple o recién nacido con discapacidad.
- Los días de adelanto en el alumbramiento se acumularán al descanso postnatal. Si sucediera después de la fecha probable de parto, los días de retraso serán considerados como descanso médico por incapacidad temporal.
- La profesora debe presentar su solicitud escrita de manera presencial o virtual dirigida a su jefe inmediato con una anticipación mínima de quince (15) días calendario antes del inicio de la licencia y debe contener el CITT por maternidad expedido por EsSalud, o el CM en el que conste la fecha probable del parto, este último validado por EsSalud.



- La profesora que requiera diferir parcial o totalmente el goce de la licencia y acumularlo al postnatal, debe presentar una solicitud escrita de manera presencial o virtual dirigida a su jefe inmediato, dos (2) meses antes de la fecha probable del parto, adjuntando el informe médico o el CITT. La postergación del descanso prenatal, en cuanto es voluntaria, no autoriza a la profesora gestante a variar o abstenerse del cumplimiento de sus labores habituales.
- En caso de que el inicio de la incapacidad coincida con el inicio de clases, la profesora debe presentar su solicitud escrita de manera presencial o virtual dirigida a su jefe inmediato con una antelación mínima de quince (15) días hábiles, o al día siguiente de la adjudicación si se tratara de una docente contratada, adjuntando el CITT por maternidad expedido por EsSalud, o el CM en el que conste la fecha probable del parto, este último validado por EsSalud.



Subsidio Incapacidad Temporal

Se otorga con el objeto de resarcir las pérdidas económicas de los asegurados a EsSalud, derivadas de la incapacidad para el trabajo, ocasionadas por el deterioro de su salud.



TRAMITE POR INCAPACIDAD TEMPORAL



Es el derecho al descanso físico remunerado del Prof. nombrado y contratado

- solicitud escrita de manera presencial o virtual dirigida a su jefe inmediato, en un plazo máximo de dos (2) días hábiles contados desde la contingencia, excepcionalmente para el caso de los profesores que laboren en IIEE ubicadas en zona rural puede presentarse en un plazo de cinco (5) días hábiles.
- Se acredita con el CITT o el CM por los primeros veinte (20) días en el año, de acreditarse con el CM, se debe adjuntar la receta médica, el recibo de pago por honorarios profesionales o recibo de pago de la atención médica recibida y el recibo de compras de la medicina adquirida. A partir del día veintiuno (21), se acredita necesariamente con el CITT.
- En caso que el profesor se encuentre hospitalizado, la solicitud puede ser presentada por algún familiar o por algún miembro de la comunidad educativa, pudiendo adjuntar la constancia de hospitalización, dando inicio al trámite de licencia, debiendo presentar el CITT correspondiente en un plazo máximo de dos (2) días hábiles de su expedición, excepcionalmente para el caso de la zona rural puede presentarse en un plazo de cinco (5) días hábiles.



- En caso no haya presentado la solicitud de licencia durante la hospitalización, el profesor puede presentarla en un plazo máximo de dos (2) días hábiles contados desde la fecha en que ha sido dado de alta, adjuntando el CITT correspondiente, excepcionalmente para el caso de los profesores que laboren en IIEE ubicadas en zona rural, puede presentarse (5) días hábiles.
- De no cumplir con la presentación del CM o CITT, según corresponda, dentro de los plazos señalados, la UGEL emitirá la resolución denegando la licencia, procediendo a realizar los descuentos correspondientes.
- El informe de incapacidad temporal expedido por la Comisión Médica Calificadora de Incapacidades - COMECI, no sustituye al CITT por lo que no sustenta el otorgamiento de la licencia por incapacidad temporal.
- Corresponde al empleador el pago completo de remuneraciones y asignaciones hasta por los primeros veinte (20) días de incapacidad para el trabajo. Para el cómputo de dicho plazo se deben sumar todos los días de licencia dentro del año calendario, acreditados con el CM o el CITT.
- La UGEL realiza la declaración correspondiente a través de la Planilla Electrónica luego de emitido el acto resolutorio de otorgamiento de licencia, con la finalidad de iniciar el trámite del subsidio, el cual corre por cuenta de EsSalud, a partir del día veintiuno (21) de incapacidad y hasta donde dure la misma, a partir del día veintiuno (21) asume la parte no asegurable de la remuneración y asignaciones de ser el caso (hasta completar el 100% de la remuneración).



Licencia por incapacidad temporal para el trabajo durante el estado de emergencia sanitaria

Durante la vigencia del estado de emergencia sanitaria los profesores pueden presentar ante su jefe inmediato su solicitud de licencia por incapacidad temporal, indicando el tiempo en que adjuntarán el CM o CITT correspondiente para el otorgamiento de la licencia, el cual no debe exceder de los veinte (20) días calendario contabilizados desde la presentación de la solicitud.



Licencia por incapacidad temporal para el trabajo para los casos de COVID - 19.

- Los profesores con diagnóstico positivo de COVID - 19 durante la vigencia del estado de emergencia sanitaria, deben presentar ante su jefe inmediato su solicitud de licencia por incapacidad temporal, adjuntando los resultados positivos de la prueba molecular , prueba antigénica para infección, prueba serológica, indicando el tiempo en que adjuntarán el CM o CITT correspondiente para el otorgamiento de la licencia, el cual no debe exceder de los veinte (20) días calendario contabilizados desde la presentación de la solicitud.
- Durante la vigencia del estado de emergencia sanitaria, cuando el jefe inmediato del profesor se informe o identifique un caso sospechoso de la COVID-19 o tome conocimiento que un profesor ha tenido contacto directo con un caso confirmado de COVID-19, procederá conforme a lo establecido en el numeral 7.2.2.2 de los lineamientos para la vigilancia de la salud de los trabajadores con riesgo de exposición a COVID-19, aprobados con Resolución Ministerial N° 972-2020/MINSA, este será tramitado como una licencia por incapacidad temporal.



Prestación por Sepelio

Se otorga al beneficiario que haya realizado los gastos por servicios funerarios, ante el fallecimiento de un asegurado titular.

Monto: S/. 2,070

El asegurado regular titular debe contar con tres meses consecutivos de aportaciones o cuatro no consecutivos dentro de los seis meses calendario anteriores al mes en que ocurrió su fallecimiento.

El trabajador debe tener vínculo laboral en el momento del fallecimiento





¿Qué documentos debo presentar para solicitar el subsidio?

- ▶ 1.- Formulario 1040, debidamente llenado.
- ▶ Documentos que sustentan el gasto: (Que en conjunto no sobrepasen S/. 2,070.00)
- ▶ 2.- *Comprobantes de Pago originales, por los servicios funerarios, emitidos a nombre del beneficiario (nicho perpetuo o sepultura o cremación o ataúd).*
- ▶ 3.- *Declaración Jurada por otros servicios funerarios adquiridos (ataúd, capilla ardiente, carroza, coche de flores, trámites y/o preparación de cadáver), de corresponder.*



VALIDACIÓN DE CERTIFICADOS MÉDICOS

► *Modifican la Directiva N° 15-GGESSALUD-2014 “Normas y Procedimientos para la Emisión, Registro y Control de las Certificaciones Médicas por Incapacidad y Maternidad en ESSALUD” RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N° 1148-GG-ESSALUD-2019.*

► Todo Certificado Médico que cumpla con los requisitos respectivos será validado, procediéndose a emitir el respectivo CITT.

► La presentación del expediente por el usuario deberá ser realizada dentro de los treinta (30) primeros días hábiles de emitido el Certificado Médico. Excepcionalmente podrá procederse a la validación de los certificados médicos que excedan los 30 primeros días hábiles, en los siguientes casos específicos:

► a) Certificados médicos de asegurados que por la distancia no puedan realizar el trámite dentro del plazo establecido.

► b) Certificados médicos de asegurados hospitalizados o postrados en cama.

► c) Certificados médicos de maternidad.

► d) Certificados médicos emitidos en el extranjero.”

**FORMULARIO PARA EL TRÁMITE DE
VALIDACIÓN DE CERTIFICADO MÉDICO**

 N° Folio EsSalud
 (Llenado por el asegurado
 y/o solicitante)

I.- INFORMACIÓN DE ASEGURADO TITULAR

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

DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA:

Número de RUC	Razón Social	Trabajo Habitual u Ocupación

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

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

III.- CONTINGENCIA

<input type="text"/>	(Consiguar el código de la tabla de contingencias que esta al reverso del formato)
----------------------	------------------------------------------------------------------------------------

IV.- PERIODO A VALIDAR

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

V.- DOCUMENTOS A PRESENTAR

Se adjunta	<input type="checkbox"/>	Documentos señalados en el reverso del Formulario de acuerdo a la Contingencia y Tipo de Atención
------------	--------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------

DECLARACIÓN JURADA:

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

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

 SI NO

La firma del solicitante: <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Persona con carta poder simple	USO DE ESSALUD - REFRENDO
Firma del Declarante o Solicitante	Firma y sello de EsSalud
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nro documento identidad	NIT
<input type="text"/>	<input type="text"/>

ESSALUD

Instrucciones para llenar el Formulario Para el Trámite de Validación de Certificado Médico
¿Cuándo se utiliza este Formulario?

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

Rubro I.- Información del Asegurado

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

Rubro II.- Información del Solicitante

Este rubro será utilizado cuando el solicitante no es el asegurado titular.

Consiguar tipo y número de documento de identidad, apellidos y nombres, número de teléfono fijo y/o celular, y correo electrónico del solicitante.

Rubro III.- Contingencia

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

Rubro IV.- Periodo a Validar

consiguar el periodo (del/a) y el total de días para su validación.

Rubro V.- Documentos a Presentar

Consiguar la cantidad de documentos que presenta adjunto al Formulario.

Adjuntar los documentos señalados en la Tabla del presente Formulario, según su contingencia y tipo de atención.

DECLARACIÓN JURADA

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

TABLA DE CONTINGENCIAS Y DOCUMENTOS A PRESENTAR POR TIPO DE ATENCIÓN

CÓDIGO	CONTINGENCIA	TIPO DE ATENCIÓN		
		Consulta Externa	Emergencia	Hospitalización
01	ENFERMEDAD COMÚN	Original del certificado Médico		
		Copia de indicaciones médicas recibidas en la fecha de atención		Copia de Epícrisis
		Copia de resultados de exámenes de ayuda al diagnóstico que sustenten la incapacidad, de corresponder		
02	ACCIDENTE COMÚN	Copia del Reporte Operatorio en caso de tratamiento quirúrgico		
		Redibo por honorarios o comprobante de pago de la atención recibida		
08	ACCIDENTE DE TRABAJO SIN SCTR	Si la atención fue brindada a través de una Entidad Prestadora de Salud o Seguros Médicos Particulares, adjuntar la documentación que sustente la atención recibida (copia de liquidación de gastos o copia de la preliquidación de atención ambulatoria o copia de la orden de atención de farmacia o copia del reporte de consumos por afiliados o copia de la carta de garantía)		
		Original del Certificado Médico		
03	ACCIDENTE DE TRABAJO	Copia del Aviso de Accidente de Trabajo		
		Copia de la Solicitud de Atención Médica, a partir de la segunda atención		
		Copia de indicaciones Médicas recibidas en la fecha de atención		Copia de Epícrisis
04	ENFERMEDAD PROFESIONAL	Copia de resultados de exámenes de ayuda al diagnóstico que sustenten la incapacidad, de corresponder		
		Copia del Reporte Operatorio en caso de tratamiento quirúrgico		
		Original del Certificado Médico, que incluya Fecha de Última Regla (FUR), Fecha Probable de Parto (PPP) y fecha de inicio. En caso de embarazo prolongado, el certificado debe incluir el diagnóstico de Embarazo Prolongado		
05	MATERNIDAD	Copia de informe ecográfico del III Trimestre (28 a 42 semanas)		
		Copia del informe del médico tratante del neonato o copia del Certificado de defunción, cuando el fallecimiento del neonato haya sido posterior a las 72 horas y copia del último informe ecográfico; en caso de parto prematuro (antes de las 30 semanas de gestación)		
06	PARTO MULTIPLE	Acta de nacimiento o partida de nacimiento o presentación del DNI del recién nacido, en caso de solicitud de validación posterior al parto		
		Copia de recibos por honorarios profesionales o copia de comprobante de pago de la atención recibida en caso de embarazo prolongado		
		Informe Médico de Postergación del Descanso por Maternidad, en caso de parto múltiple (Anexo N°18, Directiva N°15-GG-ESSALUD-2014)		
07	ACCIDENTE DE TRANSITO	Original del Certificado Médico		
		Copia del parte policial o copia de la Poliza de SOAT		
		Copia de indicaciones médicas recibidas en la fecha de atención		Copia de epícrisis
09	NIÑO CON DISCAPACIDAD LEY N° 29992	Copia de los resultados de exámenes de ayuda al diagnóstico que sustenten la incapacidad, de corresponder		
		Copia del reporte operatorio en caso de tratamiento quirúrgico		
09	NIÑO CON DISCAPACIDAD LEY N° 29992	Original del Certificado Médico que confirmen discapacidad permanente del recién nacido		

Importante

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



TABLA DE CONTINGENCIAS Y DOCUMENTOS A PRESENTAR POR TIPO DE ATENCION

CONTINGENCIA		TIPO DE ATENCIÓN		
Código	Denominación	Consulta Externa	Emergencia	Hospitalización
01	ENFERMEDAD COMÚN	Original del certificado Médico		
		Copia de indicaciones médicas recibidas en la fecha de atención		Copia de Epicrisis
02	ACCIDENTE COMÚN			Copia del Reporte Operatorio en caso de tratamiento quirúrgico
08	ACCIDENTE DE TRABAJO SIN SCTR	Recibo por honorarios o comprobante de pago de la atención recibida		
		Si la atención fue brindada a través de una Entidad Prestadora de Salud o Seguros Médicos Particulares, adjuntar la documentación que sustente la atención recibida (copia de liquidación de gastos o copia de la preliquidación de atención ambulatoria o copia de la orden de atención de farmacia o copia del reporte de consumos por afiliados o copia de la carta de garantía)		



03	ACCIDENTE DE TRABAJO	Original del Certificado Médico	
		Copia del Aviso de Accidente de Trabajo	
		Copia de la Solicitud de Atención Médica, a partir de la segunda atención	
04	ENFERMEDAD PROFESIONAL	Copia de indicaciones Médicas recibidas en la fecha de atención	Copia de Epicrisis
		Copia de resultados de exámenes de ayuda al diagnóstico que sustenten la incapacidad, de corresponder	
			Copia del Reporte Operatorio en caso de tratamiento quirúrgico



05	MATERNIDAD	Original del Certificado Médico, que incluya Fecha de Última Regla (FUR), Fecha Probable de Parto (FPP) y fecha de inicio. En caso de embarazo prolongado, el certificado debe incluir el diagnóstico de Embarazo Prolongado		
		Copia de Informe ecográfico del III Trimestre (28 a 42 semanas)		
		Copia del informe del médico tratante del neonato o Copia del Certificado de defunción, cuando el fallecimiento del neonato haya sido posterior a las 72 horas y copia del último informe ecográfico; en caso de parto prematuro (antes de las 30 semanas de gestación)		
		Acta de nacimiento o partida de nacimiento o presentación del DNI del recién nacido, en caso de solicitud de validación posterior al parto		
		Copia de recibos por honorarios profesionales o copia de comprobante de pago de la atención recibida en caso de embarazo prolongado		
06	PARTO MULTIPLE	Informe Médico de Postergación del Descanso por Maternidad, en caso de diferimiento (Anexo N°18, Directiva N°15-GG-ESSALUD-2014)		
		Original del Certificado Médico		
		Copia del parte policial o copia de la Poliza de SOAT		
07	ACCIDENTE DE TRANSITO	Copia de indicaciones médicas recibidas en la fecha de atención	Copia de epicrisis	
		Copia de los resultados de exámenes de ayuda al diagnóstico que sustenten la incapacidad, de corresponder		
				Copia del reporte operatorio en caso de tratamiento quirúrgico
09	NIÑO CON DISCAPACIDAD LEY N° 29992	Original del Certificado Médico que confirmen discapacidad permanente del recién nacido		



¡REALIZA TUS TRÁMITES DESDE CASA!



Ventanilla
Integrada
Virtual del
Asegurado

Podrás efectuar operaciones en estado de emergencia como:

- ✓ Subsidio por lactancia, maternidad e incapacidad.
- ✓ Pago de subsidio a trabajadores COVID-19.
- ✓ Registro de nacidos vivos y más.

Al servicio de los asegurados las
24 horas del día, los 7 días de la semana.

Ingresa a: www.essalud.gob.pe/viva





Tipo de registro

ASEGURADO



Tipo de documento

01-DNI



DNI

Código de verificación

Fecha de emisión

Información personal

Nombres

Apellido paterno

Apellido materno

Datos de contacto

Teléfono fijo

Celular

Correo electrónico

OSPE

Seleccionar



Señor(a) asegurado(a), ¿autoriza que las notificaciones de actos administrativos sean remitidas al correo electrónico declarado?

Si No

Regresar

Registrar

Limpiar