

## DIRECTIVA N° 013 -G/09

**ASUNTO : Otorgar apoyo económico por contingencias sociales a los trabajadores de SERPOST S.A.**

### **I. OBJETIVO**

Establecer las normas y procedimientos para la atención de “Contingencias Sociales”, que afecten a los trabajadores de la Empresa.

### **II. ALCANCE**

A todos los trabajadores de la Empresa.

### **III. BASE LEGAL**

- 3.1 Decreto Legislativo N° 685 Ley de creación de SERPOST S.A.
- 3.2 Estatuto Social de SERPOST S.A.
- 3.3 Reglamento Interno de Trabajo
- 3.4 Resolución de Contraloría N° 320-2006-CG Normas de Control Interno
- 3.5 Normativa interna

### **IV. DEFINICIÓN**

**CONTINGENCIAS SOCIALES.-** Se entiende por un estado de necesidad, situaciones apremiantes como pueden ser:

- a) Padecer una enfermedad de curso crónico y evolución progresiva como las que se muestran en el Anexo N° 1 "Patologías de curso crónico y de evolución progresiva".
- b) Haber sido afectado por un incidente grave (incendio, accidente automovilístico, otros).
- c) Enfrentar una situación de “Necesidad Extrema”, desencadenada, por diversos factores recurrentes como pueden ser enfermedad del trabajador y/o miembros de su familia aunados con incidentes fortuitos y carga familiar elevada.

El caso de necesidad extrema puede cubrir los siguientes rubros:

- Gastos de alimentación
- Gastos por compra de muebles y enseres básicos para vivienda (por ejemplo camas, colchones, cocinas, ollas, otros) y materiales prefabricados de construcción.
- Gastos por escolaridad (Compra de uniformes y zapatos escolares, útiles escolares)

## V. NORMAS

1. La Empresa dispondrá de un monto total aprobado por Gerencia General para otorgar apoyo económico, de presentarse alguna “Contingencia Social”, entre el personal de la Empresa.
2. La Gerencia de Administración de Recursos a través de la Sub Gerencia de Recursos Humanos es la responsable de establecer la políticas referidas a apoyos a los trabajadores de la Empresa.
3. El Departamento de Capacitación y Bienestar Social establecerá los parámetros con los cuales el Comité Evaluador se ampare para determinar los montos a establecer para el otorgamiento de las contingencias sociales.
4. El apoyo económico a otorgar por cada caso de Contingencia Social será único para cada ejercicio anual.
5. La Gerencia General mediante Resolución designará un Comité Evaluador, el mismo que estará conformado por cuatro (4) miembros de la siguiente manera:
 

• Sub Gerente de Recursos Humanos (*)	Quien lo Presidirá
• Representante de la Oficina de Asesoría Jurídica	Secretario
• Representante de los trabajadores	Miembro
• Representante de la Gerencia Postal	Miembro

(\*) En ausencia del Sub Gerente de Recursos Humanos, el Jefe del Departamento de Capacitación y Bienestar del Personal lo suplirá y asumirá el encargo de Presidir el Comité.
6. El Comité Evaluador se reunirá una vez al mes de existir casos pendientes; de presentarse imprevistos que lo ameriten se reunirá las veces que estime conveniente, a fin de evaluar los casos sociales que requieren apoyo económico.
7. El Comité deberá contar con la presencia, como mínimo de tres de sus integrantes para dar inicio a la sesión. En caso de estar ausente el presidente del Comité o su suplente, no se podrá dar inicio a la reunión del Comité.
8. El Departamento de Capacitación y Bienestar del Personal es responsable de verificar la información consignada en los expedientes para cada caso:
  - a) Solicitud de Apoyo Económico. Anexo N° 2
  - b) Ficha Social. Anexo N° 3
  - c) Diagnóstico de ESSALUD, otro Centro, Institución de Salud o Médico particular con Colegiatura.
  - d) Tratamiento indicado.
  - e) Análisis, evaluaciones, exámenes realizados.
  - f) Informe Social Anexo N° 4 y/o Médico de la Empresa Anexo N° 5
  - g) Presentar copia de la última boleta de pago.

9. El Comité Evaluador de considerarlo necesario, podrá pedir el apoyo y convocar a los profesionales del Departamento de Capacitación y Bienestar del Personal, como el asistente social, psicólogo o médico según sea el caso.
10. El Comité Evaluador será responsable de determinar si el caso presentado por el trabajador se encuentra en una situación de “Contingencia Social”, previo análisis del caso.
11. El monto a otorgar por concepto de Contingencia Social será como mínimo de S/. 500.00 (Quinientos con 00/00 Nuevos Soles) y máximo de S/. 2,000.00 (Dos mil con 00/100 Nuevos Soles).
12. El Comité Evaluador, será el ente responsable de determinar el monto específico que se otorgará por cada caso social, teniendo en cuenta los topes señalados en el párrafo anterior.
13. El Comité Evaluador cada vez que sesione enviará el Acta a la Gerencia General para el visado respectivo.
14. El apoyo económico que brinde la Empresa para casos sociales, comprenderá a todos los trabajadores de SERPOST S.A. permanentes o contratados a plazo determinado que tengan como mínimo seis (6) meses laborando.
15. La ayuda económica se hará extensiva a los familiares directos del trabajador (padres, cónyuge o conviviente, hijos dependientes del titular), cuando estos se encuentren en una situación de “Contingencia Social” totalmente acreditada.
16. El apoyo económico que se otorgue en el caso de matrimonios, convivientes, y/o familiares directos entre trabajadores de la Empresa, sólo será otorgado a uno de ellos.
17. Cuando el trabajador beneficiario radique en provincias, los gastos de pasaje (ida y vuelta), hospedaje, alimentación y movilidad, que se generen estarán incluidos dentro del monto total otorgado.

## **VI. PROCEDIMIENTO**

1. El Departamento de Capacitación y Bienestar del Personal, recibirá del trabajador la solicitud para el apoyo económico teniendo como modelo el Anexo N° 2, la misma que deberá adjuntarse a la documentación que sustente el pedido de apoyo económico, por encontrarse en una situación de “Contingencia Social”.
2. El Departamento de Capacitación y Bienestar del Personal, realizará las acciones pertinentes para verificar la situación presentada por el trabajador así como la autenticidad de los documentos.
3. El Departamento de Capacitación y Bienestar del Personal dependiendo del caso elaborará uno o más informes:
  - a. Informe Médico
  - b. Informe Social
4. El Departamento de Capacitación y Bienestar del Personal, con los documentos sustentatorios y los Informes creará un expediente foliado.

5. El Departamento de Capacitación y Bienestar del Personal, comunicará a los miembros del Comité y les entregará la información de los casos que se presenten.
6. El Comité evaluará y emitirá un Acta en cada Sesión en la cual indicará los acuerdos tomados para cada caso, así como los montos a otorgar, cuya copia de este documento se adjuntará al file del expediente.
7. El Departamento de Capacitación y Bienestar del Personal, informará al beneficiario y le solicitará que llene y firme el “Compromiso del trabajador” Anexo N° 6; el mismo que se adjuntará al expediente.
8. Departamento de Capacitación y Bienestar del Personal emitirá la solicitud de Cheque a nombre del beneficiario; el cual formará parte del expediente por el monto aprobado y lo enviará al Departamento de Costos y Control Presupuestal con el expediente respectivo.
9. El Departamento de Costos y Control Presupuestal verificará que se cuente con la disposición presupuestaria y realizará la Pre-afectación correspondiente adjuntando ésta al expediente y enviándola al Departamento de Contabilidad.
10. En caso no se contara con disposición presupuestaria, el expediente retornará al Departamento de Capacitación y Bienestar del Personal.
11. El Departamento de Contabilidad realizará el procedimiento correspondiente, dando el visto bueno a la Solicitud de Cheque y lo pasará al Departamento de Tesorería.
12. El Departamento de Tesorería realizará el procedimiento correspondiente, emitiendo el cheque y/o el abono a la cuenta del trabajador por el monto aprobado.
13. El Departamento de Capacitación y Bienestar del Personal, realizará un seguimiento personalizado de los casos adjudicados con el apoyo social, a fin de cautelar el uso debido del apoyo económico brindado.
14. El beneficiario acreditará con facturas y/o recibos el destino de los fondos otorgados, para lo cual entregará al Departamento Capacitación y Bienestar del Personal dichos documentos para su visado, en un plazo que no exceda de los 30 días calendarios, contados desde el otorgamiento del apoyo económico; de exceder este plazo se procederá a efectuar el descuento por planilla del monto girado.
15. El beneficiario acreditará los gastos efectuados a partir del retiro del cheque, teniendo en cuenta que deben ser documentos sustentatorios del caso presentado y a nombre de SERPOST S.A.
16. Excepcionalmente los beneficiarios que radiquen en provincias podrán realizar su rendición de cuenta con Declaración Jurada para los gastos de pasaje (ida y vuelta), hospedaje, alimentación y movilidad por un monto que será establecido por el Comité de acuerdo al caso y a la ubicación física.
17. El Departamento de Capacitación y Bienestar del Personal se encargará de que los documentos para la rendición de cuenta sean visados por:
  - Médico y/o Asistente Social de la Empresa
  - Jefe del Departamento de Capacitación y Bienestar del Personal

18. El Departamento de Capacitación y Bienestar del Personal deberá rendir cuenta al Departamento de Contabilidad en un plazo no mayor de 30 días calendarios, contados desde la recepción de la rendición que le entregue el trabajador beneficiario sobre el apoyo económico recibido.
19. El apoyo económico otorgado por la Empresa, será complementado con el soporte asistencial del Departamento de Capacitación y Bienestar del Personal.
20. En caso que el trabajador no cumpla con la rendición del monto otorgado, se informará el caso social atendido a la Sub Gerencia de Recursos Humanos para las acciones pertinentes en un plazo no mayor de 45 días calendarios, contados desde la fecha del otorgamiento de la ayuda económica.

## **VII. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS**

1. Los casos no contemplados en la presente directiva serán resueltos por la Sub Gerencia de Recursos Humanos.
2. El presente documento deroga a la Directiva N° 003-G/09 para “Otorgar apoyo económico por contingencias sociales a los trabajadores de SERPOST S.A.”, aprobada por Gerencia General con fecha 14/04/09.
3. Cada Gerencia será responsable de difundir el presente documento al personal a su cargo.

## **VIII. AUTORIZACIÓN**

La presente Directiva queda debidamente aprobada por Gerencia General y entra en vigencia a partir de la fecha de su suscripción.

Lima, **30/11/09**

**Original firmado por Gabriel Rojas Aspilcueta  
Gerente General (e)**

## ANEXO N° 1

### PATOLOGÍAS DE CURSO CRÓNICO Y DE EVOLUCIÓN PROGRESIVA

#### **Patologías De Curso Crónico y de Evolución Progresiva**

- Cáncer
- SIDA
- TBC
- Derrame cerebral
- Anemias graves
- Parkinson
- Enfermedades neurológicas degenerativas
- Cirrosis hepática
- Insuficiencia renal crónica
- Patologías óseas graves
- Cardiopatías
- Neuropatías
- Quemaduras grado III
- Enfermedades que causen invalidez

**ANEXO N° 2**

**MODELO DE SOLICITUD**

**SOLICITO: APOYO ECONÓMICO POR  
CONTINGENCIA SOCIAL**

**SEÑOR**

\_\_\_\_\_  
Sub Gerente de Recursos Humanos  
SERPOST S.A.  
Presente.-

Yo \_\_\_\_\_, con código \_\_\_\_\_, laborando  
actualmente \_\_\_\_\_, de la Gerencia \_\_\_\_\_, ante  
usted, con el debido respeto me presento y expongo:

(Especificar motivo del pedido de apoyo económico por contingencia social)

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

Por lo tanto:

Agradeceré a usted acceder a mi solicitud, en vista de que vengo afrontando una  
difícil situación económica, por lo expuesto líneas arriba.

Lima, .....

-----  
Nombre del Trabajador  
Código \_\_\_\_\_

Adjunto:  
Documentos sustentatorios

**ANEXO N° 3**

**Anverso**

**FICHA SOCIAL**

Código del Empleado \_\_\_\_\_ Fecha de Aplicación \_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Depart      Provincia      Ciudad

Dirección \_\_\_\_\_

Referencia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Documento de Identidad L.E./ DNI \_\_\_\_\_ N° Autogenerado \_\_\_\_\_ A.F.P \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_ Instrucción \_\_\_\_\_

Estudios Prof /Técnico \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_

**Composición Familiar**

Apellidos y Nombres	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Instrucción	Estado Civil	Ocupación

Fecha de Ingreso a la Empresa \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_ Condición \_\_\_\_\_

Ubicación Laboral \_\_\_\_\_

Gerencia                      Departamento                      Ubicación Física

Economía

¿Quiénes Dependen de Usted Económicamente? \_\_\_\_\_



**ANEXO N° 3**

**Reverso**

¿Quiénes Contribuyen económicamente al ingreso familiar? \_\_\_\_\_

**Gastos mensuales en :**

EGRESOS	MONTOS
Casa	
Educación	
Transporte	
Servicio (Agua, Luz)	
Teléfono Fijo - Celular	
Recreación	
Alimentación	
Salud	
Deudas	_____
	_____
	_____
Otros	
<b>Total</b>	<b>S/</b>

**Vivienda:**

Propia \_\_\_\_\_ Alquilada \_\_\_\_\_ Familiar \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Tipo: Casa \_\_\_ Edificio \_\_\_ Quinta \_\_\_ Callejón \_\_\_ Pueblo Joven \_\_\_ Invasión \_\_\_\_\_

Material: Ladrillo \_\_\_ Adobe \_\_\_ Quincha \_\_\_ Maderas \_\_\_ Esteras \_\_\_ Calaminas \_\_\_

**Salud:**

¿Ha sufrido usted o sufre de alguna enfermedad? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha sido usted Hospitalizado Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Toma usted actualmente algún medicamento? Si \_\_\_ No \_\_\_

¿Dónde acude usted cuando esta enfermo?

ESSALUD \_\_\_\_\_ Servicio Médico de la Empresa \_\_\_\_\_ Hospital/ Centro de Salud \_\_\_\_\_

Medicina Natural \_\_\_\_\_ Farmacia \_\_\_\_\_ Automedicación \_\_\_\_\_

Servicio Particular \_\_\_\_\_ A ninguna Parte \_\_\_\_\_

**ANEXO N° 4**

**INFORME SOCIAL**

**Datos del trabajador**

Nombre  
Código  
Ubicación Física

**Situación de vivienda**

---

---

---

---

**Situación de salud del Paciente**

---

---

---

---

---

---

**Situación Económica**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Recomendaciones**

---

---

\_\_\_\_\_  
**Asistencia Social**

**Lima,** \_\_\_\_\_

ANEXO N° 5

**INFORME MÉDICO**

**Paciente:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Fecha de primera consulta:** \_\_\_\_\_

**Fecha de última consulta:** \_\_\_\_\_

**Historia Clínica Pertinente:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Diagnóstico inicial:** \_\_\_\_\_

**Diagnóstico final:** \_\_\_\_\_

**Tratamiento efectuado:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Observaciones**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Médico**

**Lima,** \_\_\_\_\_

ANEXO N° 6

**COMPROMISO DEL TRABAJADOR**

Yo, \_\_\_\_\_ con  
código N° \_\_\_\_\_, laborando en la Gerencia de  
\_\_\_\_\_

Acogido al programa de Contingencia Social me comprometo a rendir  
cuenta del dinero recibido como ayuda económica al Departamento de  
Contabilidad en un plazo no mayor de 30 días calendarios, por el monto  
de S/. \_\_\_\_\_ Nuevos Soles, dinero otorgado del programa de  
Contingencia Social el cual es exclusivamente para lo solicitado, según  
Acuerdo de fecha \_\_\_\_\_; en caso de incumplimiento autorizo  
que dicho monto sea descontado de mis haberes en \_\_\_\_\_  
armadas.

Lima,  
  
\_\_\_\_\_