

NORMAS

PARA LA PRESENTACIÓN

DE DESCANSOS MÉDICOS

EN SERPOST S.A.

SA-N-017.00



I. OBJETIVO

Establecer las normas para la presentación de los descansos médicos prescritos a los colaboradores de Servicios Postales del Perú S.A.



II. ALCANCE

Las disposiciones contenidas en el presente procedimiento son de aplicación y cumplimiento obligatorio para todos los trabajadores, cualquiera sea su condición y/o vínculo laboral contractual con Servicios Postales del Perú S.A.



III. BASE LEGAL

- Decreto Legislativo N° 685 - Ley de Creación de SERPOST S.A.
- Estatuto Social de SERPOST S.A.
- T.U.O. del Decreto Legislativo N° 728 – Ley de Productividad y Competitividad Laboral.
- Ley N° 26842 – Ley General de Salud, y sus modificatorias.
- Ley 26790 - Ley de la Modernización de la Seguridad Social en Salud.
- Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 137-PE-ESSALUD-2016 que aprueba conformar la unidad funcional denominada "Centro de Validación de Incapacidad Temporal en el CEVIT Central".
- Resolución de Gerencia General N° 592-GG-ESSALUD-2016 que aprueba el "Manual de Procedimientos para Validación de los Certificados Médicos por el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT) en el Centro de Validación de la Incapacidad Temporal – CEVIT Central".
- Resolución de Gerencia General N° 1311-GG-ESSALUD-2016 que aprueba la Directiva N° 015-GG-EESALUD-2014- Normas y Procedimientos para la emisión, registro y control de las certificaciones médicas por incapacidad y maternidad en EsSalud.
- Reglamento Interno de Trabajo.
- Normatividad interna.



IV. DEFINICIONES

- **Licencia por Enfermedad:** Es un trámite administrativo que permite al colaborador no asistir al centro laboral, por razones de salud debidamente fundamentadas, otorgadas por prescripción médica y documentación correspondiente.
- **Incapacidad Temporal para el Trabajo:** Es la falta de aptitud o suficiencia temporal para el trabajo, originado por enfermedad o accidente común, accidente de trabajo, enfermedad profesional, accidente de tránsito o maternidad, que se sustenta en un certificado emitido por establecimientos de EsSalud, Ministerio de Salud o instituciones particulares (Hospital de la Solidaridad, clínicas y/o consultorios).
- **Accidente de Trabajo:** Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte.



Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o durante la ejecución de una labor bajo su autoridad y aún fuera del lugar y horas de trabajo.

- **Certificado Médico:** Es un documento oficial por el cual se hace constar y certificar el acto médico del diagnóstico y la duración del periodo de Incapacidad Temporal para el Trabajo. Podrá ser emitido en cualquier establecimiento de primer nivel de atención (centros y puestos de salud) y Hospitales del Ministerio de Salud, EsSalud o médico tratante.
- **Certificado de Incapacidad Temporal, emitido en consultorio médico particular:** Documento destinado a acreditar el acto médico realizado, en el que certifica el diagnóstico, tratamiento y periodo de descanso médico.
- **Certificado de Incapacidad Temporal emitido por EsSalud:** Documento oficial por el cual se hace constar el tipo de contingencia y la duración del periodo de Incapacidad Temporal, se otorga al asegurado titular que se atiende por enfermedad o accidente. Deberá ser emitido obligatoriamente por el profesional médico autorizado y acreditado por EsSalud, este documento no requiere ser refrendado de otros requisitos para su aceptación.
- **Subsidio por Incapacidad Temporal:** Es el monto en dinero que se otorga a los asegurados regulares en actividad, con el fin de compensar la pérdida económica derivada de la incapacidad para el trabajo, ocasionada por el deterioro de la salud y es EsSalud quien lo paga.

V. NORMAS

1. SERVICIO MÉDICO:

- 1.1. El Servicio Médico es un área de la Subgerencia de Recursos Humanos que está a cargo del médico asistencial clínico contratado por SERPOST S.A.
- 1.2. El Servicio Médico brinda la atención médica a todos los trabajadores con vínculo laboral vigente con Serpost S.A.
- 1.3. El médico visará los descansos particulares hasta por tres (3) días.
- 1.4. El médico de la empresa podrá otorgar descanso hasta por un (1) día, si persiste la enfermedad el colaborador deberá acudir a EsSalud, Entidades Prestadoras de Salud - EPS, Ministerio de Salud - MINSA o cualquier otro centro médico.
- 1.5. El médico registrará las contingencias con fines estadísticos y de evaluación de las enfermedades más frecuentes del personal asistido y los certificados médicos registrados. Desarrollará programas de medicina preventiva.
- 1.6. Emitirá informes trimestrales describiendo las enfermedades y/o problemas de salud más comunes entre los colaboradores de Serpost S.A., identificando las acciones preventivas y/o correctivas.

2. REQUISITOS Y/O CONDICIONES PARA TRAMITAR LICENCIAS POR ENFERMEDAD:

2.1. Certificado Médico otorgado por EsSalud:

- Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo – CITT.
- Copia del Dictamen de la Comisión Médica cuando la incapacidad supera los 150 días de descanso consecutivo y/o 90 días no consecutivos.
- La fecha de presentación será dentro de las 72 horas de iniciada la contingencia.

2.2. Certificado Médico otorgado por establecimientos de MINSA:

- Certificado Médico original en Especie Valorada, donde indique los datos del colaborador, diagnóstico, periodo de incapacidad (fecha de inicio y de fin), fecha de otorgamiento del descanso, firma y sello legible y número de colegiatura del profesional de la salud tratante.
- Receta médica de la fecha de atención.
- Voucher o boleta de pago de consulta médica o constancia de exoneración del pago.
- Factura o boleta de venta de los medicamentos y/o documento que acredite la entrega de medicamentos, si fuera el caso.
- Ordenes de servicios auxiliares (laboratorio, diagnóstico por imágenes, etc.), si el caso lo amerita.

2.3. Certificado Médico otorgado en Consultorio o Clínica Particular:

- Certificado Médico original en formato establecido, con Logotipo, nombre, N° de Colegiatura y firma del Médico tratante según RENIEC y/o Especie Valorada, donde indique los datos del colaborador, diagnóstico, periodo de incapacidad (fecha de inicio y de fin), fecha de otorgamiento del descanso.
- Receta médica de la fecha de atención.
- Voucher o boleta de pago de consulta médica, Recibo por Honorarios o constancia de exoneración.
- Factura o boleta de venta de medicamentos y/ o documento que acredita la entrega de medicamentos, si fuera el caso.
- Ordenes de servicios auxiliares (laboratorio, diagnóstico por imágenes, etc.), si el caso lo amerita.
- En caso que la atención haya sido a través de una EPS o seguros particulares, se presentarán los documentos que sustenten la atención recibida (Reporte de consumo por afiliado, Pre-liquidación Ambulatoria, Liquidación de Gastos, Orden de Atención en farmacia).
- Los descansos que superen los tres (3) días, deberán ser visados en un centro de salud de MINSA, a excepción de los otorgados por la



aseguradora EPS o Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo - SCTR, siempre y cuando no superen los 20 días que corresponden a la empresa.

2.4. Licencia por Maternidad:

- La licencia por maternidad con goce de subsidio, es la autorización que el empleador confiere a la madre por el período de 98 días consecutivos, el subsidio se puede extender por 30 días adicionales en caso de parto múltiple o menor con discapacidad.
- Certificado Médico original en formato establecido y/o Especie Valorada, con logotipo, nombre, N° de Colegiatura y firma del médico tratante según RENIEC, donde indique los datos de la colaboradora, fecha de la última regla, fecha probable de parto, fecha de inicio y de fin del descanso, fecha de otorgamiento.
- Asimismo, la ley establece el descanso prenatal y post natal de 48 días cada uno, pudiendo diferirse el plazo prenatal y acumularlo al post natal, para lo cual deberá adjuntar el formulario vigente de EsSalud: "Informe Médico de Postergación del Descanso por Maternidad" (Formato 1), llenado y firmado por el médico, debiendo de comunicar con anticipación al empleador.

3. VISACIÓN Y VALIDACIÓN DE CERTIFICADOS MÉDICOS:

- 3.1. Los descansos médicos particulares que superen los tres (3) días, deberán ser visados en un centro de salud del MINSA, a excepción de los otorgados por la aseguradora EPS o SCTR, siempre y cuando no excedan los 20 días que corresponden a la empresa.
- 3.2. En caso que el descanso médico exceda los 20 días al año, corresponde subsidio, por lo que deberá tramitarse según la contingencia, la validación del mismo en la Oficina de Centro de Validación de Incapacidad Temporal de EsSalud.
- 3.3. Enfermedad, Accidentes (Común, Tránsito, Trabajo), presentar los siguientes documentos:
 - Formulario vigente de EsSalud - "Formulario para el Trámite de Validación de Certificado Médico". (Formato 2).
 - Certificado Médico Original.
 - Copia de las indicaciones médicas.
 - Recibo por Honorarios o comprobante de pago por la atención recibida.
 - Copia de resultados de exámenes de imágenes, laboratorio, u otros, que sustenten el diagnóstico.
 - En caso de hospitalización e intervención quirúrgica, deberá adjuntar copia de la Epicrisis y del Reporte Operatorio.
 - Copia del Parte Policial en caso de accidente de tránsito.



- En caso de accidente de trabajo, adjuntar copia del Aviso de Accidente y a partir de la segunda atención, copia de la solicitud de atención.

3.4. Maternidad:

- Formulario vigente de EsSalud - "Formulario para el Trámite de Validación de Certificado Médico". (Formato 2).
- Certificado Médico original que incluya la Fecha de Última Regla (FUR), Fecha Probable de Parto (FPP) y fecha de inicio. En caso de embarazo prolongado, debe incluirse el diagnóstico.
- Copia del Informe Ecográfico del III Trimestre.
- Copia de Recibo por Honorario o comprobante de pago por la atención recibida en caso de embarazo prolongado.
- En caso de postergación del descanso, presentar el formulario vigente de EsSalud: "Informe Médico de Postergación del Descanso por Maternidad" (Formato 1).

VI. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

1. Los colaboradores que se encuentren con descanso médico, están en la obligación de comunicar, vía telefónica u otro medio de comunicación, dentro de las dos primeras horas de iniciada su jornada de trabajo, a su respectiva Jefatura de Departamento y/o responsable de cada Administración Postal, según corresponda.
2. El Jefe o la persona encargada, comunicará al Dpto. de Administración de Personal vía correo electrónico, el mismo día de la inasistencia, para el control respectivo.
3. Los descansos médicos se presentarán al Dpto. de Administración de Personal en un plazo no mayor a 72 horas, contadas a partir de la emisión del mismo, a fin de establecer el control de número de días y el trámite oportuno de los subsidios que corresponde a EsSalud. Vencido este plazo se considerará falta injustificada.
4. La presentación de certificados médicos con información falsa, serán considerados como FALTA GRAVE y sujeto a proceso administrativo disciplinario, de acuerdo a las normas administrativas vigentes.
5. La verificación de dichos descansos médicos es potestad del Dpto. de Administración de Personal.
6. Necesariamente el Descanso Médico Particular, deberá coincidir con la especialidad del Médico que emite el diagnóstico.
7. En caso que el descanso médico no cumpla con los requisitos establecidos en la presente norma, este será devuelto al trabajador para la regularización correspondiente, debiendo ser subsanado en un plazo máximo de 72 horas.
8. De no cumplir con la regularización, esta será considerado como asuntos particulares y descontado en la planilla de haberes. La reincidencia será calificada como falta sujeta a Proceso Administrativo Sancionador.





SA-N-017.00

9. Cualquier caso no contemplado en el presente documento, será de aplicación las normas vigentes pertinentes a la Legislación Laboral, EsSalud y normas conexas.
10. El presente documento es de estricto cumplimiento, su inobservancia será sancionado de acuerdo al Reglamento Interno de Trabajo (RIT).

VII. AUTORIZACIÓN

El presente documento queda aprobado por Gerencia General y entrará en vigencia a partir de la fecha de su suscripción.

Lima,

31 DIC. 2019


 CARLOS UGARTE MAUNY
 Gerente General (e)
 Serpost S.A.



FORMATO 1



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

ANEXO N° 18

INFORME MÉDICO DE POSTERGACIÓN DEL DESCANSO POR MATERNIDAD

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

CONDICIONES DE LA GESTACION

Fórmula Gestacional FUR FPP EG sem

CPN Fecha de Inicio Psicoprofilaxis del Parto SI NO

Altura Uterina Canal Vaginal

Placenta Posición Estado

Antecedentes Patológicos y Obstétricos

.....

.....

CONDICIONES DEL PRODUCTO

Gestación Única SI NO Gestación Múltiple SI NO N° Fetos

Posición Peso Latidos Fetales

Morfología

.....

.....

Conclusión

.....

.....

CONDICIONES LABORALES

Trabajo Habitual Empleador

Riesgos Laborales SI NO Adaptación al Trabajo SI 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 período de Descanso por Maternidad hasta el

FIRMA Y SELLO

Firma y Sello

FORMATO 2



ESTAMPADO PARA FILA - PROCEDIMIENTO SERPOST

<p>EsSalud Ministerio del Seguro Social Anexo 10</p>	<p>FORMULARIO PARA EL TRÁMITE DE VALIDACIÓN DE CERTIFICADO MÉDICO</p>	<p>Nº Formulario validado por el asegurado y el solicitante</p>
I. INFORMACIÓN DE ASEGURADO TITULAR		
<p>DATOS DEL ASEGURADO TITULAR: DNI <input type="checkbox"/> CARNÉ EXTRANJERO <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> Número</p> <p>Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____ Número: _____</p> <p>Número de identidad laboral: _____ Correo electrónico: _____</p>		
DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA		
<p>Número de RUC: _____ Razón Social: _____ Dirección: _____</p>		
II. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (Conservar este formulario cuando se solicite más de un asegurado)		
<p>DATOS DEL SOLICITANTE: DNI <input type="checkbox"/> CARNÉ EXTRANJERO <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> Número</p> <p>Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____ Número: _____</p> <p>Número de identidad laboral: _____ Correo electrónico: _____</p>		
III. CONTINGENCIA		
<p><input type="checkbox"/> (Conservar el documento a todas las contingencias que este al reverso del formulario)</p>		
IV. PERIODO A VALIDAR		
<p>Del _____ Al _____ Total días _____</p>		
V. DOCUMENTOS A PRESENTAR		
<p>Se adjunta <input type="checkbox"/> Documentos señalados en el reverso del Formulario de acuerdo a la Contingencia y Tipo de Atención</p>		
DECLARACIÓN JURADA:		
<p>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.</p> <p>Asimismo, autorizo que las notificaciones se remitan a los correos electrónicos consignados en el presente Formulario.</p> <p style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>		
<p>La firma del solicitante: <input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Persona con poder simple</p>		<p>USO DE ESSALUD REFERENCIO</p>
<p>Firma del Declarante o Solicitante</p> <p>_____ N.º _____</p>		<p>Nombre y correo electrónico</p> <p>_____ NIT _____</p>
<p>LSUA-RD</p>		

SA-N-017.00

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 atención del Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo - CITT.

Rubro I - Información del Asegurado

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

Rubro II - Información del Solicitante

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

Rubro III - Contingencia

Consignar el código de contingencia respectiva, detallada en la tabla del presente Formulario.

Rubro IV - Periodo a Validar

Consignar el periodo (detalle) y el total de días para su validación.

Rubro V - Documentos a Presentar

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

DECLARACIÓN JURADA

Marcar con un check en la opción SI o NO, para autorizar el envío de informaciones a través del Centro Electrónico Declarado en el presente Formulario.

TABLA DE CONTINGENCIAS Y DOCUMENTOS A PRESENTAR POR TIPO DE ATENCIÓN

Código	CONTINGENCIA Denominación	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 Epicrisis
		Copia de resultados de exámenes de ayuda al diagnóstico que sustentan la incapacidad, de corresponder		
02	ACCIDENTE COMÚN			Copia del Reporte Operativo 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 sustentan la incapacidad, de corresponder		
				Copia del Reporte Operativo 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)		
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 de Descanso por Maternidad, en caso de parto múltiple (Decreto N°15-00-ESSA-L002014)		
07	ACCIDENTE DE TRANSITO	Original del Certificado Médico		
		Copia del parte policial o copia de la Póliza de SOAT		
		Copia de indicaciones médicas recibidas en la fecha de atención		Copia de epicrisis
		Copia de los resultados de exámenes de ayuda al diagnóstico que sustentan la incapacidad, de corresponder		
08	NIÑO CON DISCAPACIDAD LEY N° 29992	Original del Certificado Médico que confirme discapacidad permanente del recién nacido		

Importante

- Consignar los datos de las personas según Doble de documento de identidad consignado en este
- Llenar el Formulario con letra IMPRENTA y LEGIBLE.
- No se aceptan BORRONES ni ENMEZCLAS.

