

NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

PARA LA GESTIÓN

DE SUBSIDIOS DE ESSALUD

SA-NP-027.00

SA-NP-027.00



I. OBJETIVO

Establecer las normas para el registro y control de los subsidios por incapacidad temporal (enfermedad, accidente común, tránsito, trabajo) y maternidad; y la gestión del reembolso del subsidio.



II. ALCANCE

El presente documento tiene alcance a todos los colaboradores de la empresa.



III. BASE LEGAL

- Decreto Legislativo N° 685 Ley de Creación de SERPOST S.A.
- Texto Único Ordenado del D. L. N° 728, D.S. N° 003-97-TR Ley de Productividad y Competitividad Laboral.
- Ley 26790 – Ley de la Modernización de la Seguridad Social en Salud.
- Resolución de Gerencia General N° 1311-GG-ESSALUD-2016 que aprueba la Directiva N° 015-GG-ESSALUD-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.
- D.S. N° 013-2019-TR.
- Reglamento Interno de Trabajo.
- Normativa interna



IV. DEFINICIONES

1. **CEVIT:** Centro de Validación de Incapacidad Temporal.
2. **CITT:** Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo.
3. **COMECI:** Comisión Médica Calificadora de Incapacidades.
4. **Subsidio:** Es aquella ayuda o auxilio económico extraordinario que es concedido por algún organismo oficial a una persona o agrupación que demuestra que lo necesita para poder satisfacer sus necesidades básicas. Se otorga luego de cumplidos los veinte primeros días de incapacidad en que correspondió al empleador abonar la remuneración de dichos días.
5. **Subsidio por Incapacidad Temporal:** Es el monto en dinero que otorga ESSALUD al asegurado regular en actividad, con el objetivo de resarcir las pérdidas económicas, derivadas de la incapacidad para el trabajo debido al deterioro de su salud.

El derecho al subsidio de incapacidad temporal por cuenta de ESSALUD se adquiere a partir del día veintiuno (21) de incapacidad y hasta que dure la misma, con un plazo máximo de 11 meses y 10 días consecutivos, en tanto no realice trabajo remunerado. Corresponde al empleador abonar la remuneración por los veinte (20) primeros días de incapacidad del colaborador.

6. **Subsidio por Maternidad:** Es el dinero al que tienen derecho las gestantes aseguradas para compensar el tiempo que no trabajarán por su licencia de maternidad, después del parto y de los primeros cuidados del recién nacido. Se



SA-NP-027.00

otorga por 98 días y se extenderá por 30 días adicionales en los casos de parto múltiple o niños con discapacidad.



7. **Derecho de Cobertura:** Para tener derecho al subsidio por Incapacidad Temporal se debe cumplir las siguientes condiciones:

- Contar con vínculo laboral al momento del goce de la prestación.
- En caso de accidente solo será necesario que exista afiliación.
- El asegurado regular debe contar con vínculo laboral al momento de iniciar la incapacidad temporal y contar con 3 meses de aportes consecutivos o cuatro 4 no consecutivos dentro de los seis 6 meses calendario anteriores al mes en que inició la incapacidad.
- En caso de maternidad, debe tener vínculo laboral en el mes de la concepción.



8. **Extinción, Pérdida o Suspensión del Subsidio:** El derecho al subsidio se extingue por:

- Cese del vínculo laboral del asegurado.
- Recuperación de la salud.
- Declaración de Incapacidad No Temporal determinada por la Comisión Médica Calificadora de Incapacidades.
- Cambiar de entidad empleadora durante el período a subsidiar.
- Realizar labor remunerada durante el periodo subsidiado.
- Abandonar o incumplir el tratamiento y las prescripciones médicas.



9. **Prescripción del Subsidio:** El plazo para solicitar el subsidio es de seis (06) meses contados a partir de la fecha en que cesa el período de incapacidad del asegurado, pudiéndose presentar los siguientes casos:

Caso 1: Si la incapacidad supera el plazo máximo de 11 meses y 10 días; la cuenta prescribe desde la fecha en que cesa el plazo máximo de 11 meses y 10 días.

Caso 2: Incapacidades calificadas como No Temporal por las COMECI; la cuenta prescribe desde la fecha en que cumple los 180 días de incapacidad continua.

Caso 3: Trabajadores cesados, así continúe la incapacidad, prescribe desde la fecha de cese del trabajador.



V. **PROCEDIMIENTO**

Trabajador

1. Presentar el Formato Interno "Solicitud de Licencia" (anexo 1) al Dpto. de Administración de Personal, debidamente visado por el Jefe inmediato y con los requisitos exigidos por la normatividad vigente.

Para el caso de provincias, estas serán presentadas al Administrador Postal y posteriormente remitidas al Dpto. de Administración de Personal.

Dpto. de Administración de Personal – Profesional en Remuneraciones

2. Recibir el Formato interno "Solicitud de Licencia" y verificar que los documentos que contiene el expediente se ajuste a los requisitos exigidos.



SA-NP-027.00



3. Registrar en el Sistema de Control de Asistencia los días de descanso para el control respectivo.
4. Elaborar el cálculo del subsidio.
5. Completar el Formulario de ESSALUD "Solicitud de Prestaciones Económicas", vigente. (anexo 2).
6. Adjuntar los descansos médicos por los días a subsidiar.
7. Adjuntar cuadro de las 12 últimas remuneraciones y otros documentos, si la contingencia lo requiere.

De ser el primer subsidio se adjunta al expediente los certificados médicos y/o CITT, que sustente el pago de los primeros veinte (20) días por el empleador.

8. Remitir expediente al Dpto. de Capacitación y Bienestar del Personal.

En caso que el descanso médico presentado sea particular, se remitirá los documentos a las Asistentes Sociales de Serpost para que coordinen con los trabajadores la validación en el CEVIT de ESSALUD, en el plazo máximo de 30 días hábiles.

Dpto. de Capacitación y Bienestar del Personal – Asistente Social

9. Recibir los expedientes de subsidios y verificarlos, para la respectiva firma de los trabajadores.
10. Solicitar a la Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas – OSPE Corporativa de ESSALUD el reembolso de los subsidios.
11. Realizar seguimiento en la página web de ESSALUD, sobre la calificación y fecha de pago o negación del subsidio.
12. Gestionar ante la entidad financiera señalada por ESSALUD, la transferencia de los montos reembolsados por subsidios a la cuenta bancaria a nombre de Serpost S.A.

Para el caso de los subsidios de los trabajadores de provincia, el trámite lo gestionará el Administrador Postal o quien designe.

13. Remitir al Dpto. de Contabilidad, mediante hoja de coordinación, los voucher respectivos de los depósitos hechos a la cuenta de la empresa en el banco, por los reembolsos.

VI. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

1. De observar ESSALUD el expediente y no reembolsar el monto subsidiado en su totalidad, la asistente social comunicará al Dpto. de Administración de Personal con la finalidad de informar al trabajador y realizar las regularizaciones correspondientes en las planillas.
2. De emitir ESSALUD notificaciones o resoluciones declarando improcedente el subsidio, coordinará con la Subgerencia de Recursos Humanos para la presentación de los recursos administrativos.
3. El presente documento es de estricto cumplimiento por el personal de Serpost, ante su incumplimiento, se aplicará la sanción disciplinaria que corresponda de acuerdo al Reglamento Interno de Trabajo (RIT).



SA-NP-027.00

VII. AUTORIZACIÓN

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

Lima,

31 DIC. 2019




CARLOS UGARTE MAUNY
Gerente General (e)
Serpost



ANEXO N° 1



N° 0000

SOLICITUD DE LICENCIA

--	--	--

FECHA:

NOMBRE:	CÓDIGO:
CARGO:	
DEPENDENCIA:	

DURACIÓN DE LA LICENCIA

--	--	--

--	--	--

DESDE:

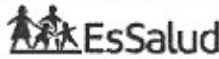
HASTA:

MOTIVO DE LA LICENCIA:

OBSERVACIONES:

Solicitante	Jefe Inmediato	Gerente de Área

ANEXO N° 2



SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

Formulario 1040
(versión 02)

I. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR DNI CARNET DE EXTRANJERÍA PASAPORTE

DATOS DEL EMPLEADOR: RUC CIE (COD INSCRIP EMPLEADOR TRABAJADOR DEL HOGAR TI)

CORREO ELECTRÓNICO: _____ TELÉFONO CONTACTO: _____

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

DATOS DEL BENEFICIARIO: DNI CARNET DE EXTRANJERÍA

CORREO ELECTRÓNICO: _____ TELÉFONO CONTACTO: _____

FAMILIAR DEL (del beneficiario): CÓNYUGE CÓNYUGE NOIDA HERMANO(A) PADRES OTRO: _____ TERCERO

SOLO SI EL BENEFICIARIO ES TERCERO

III. SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS: PAGO DIRECTO REEMBOLSO

SOLICITUD DE PRESTACIÓN: LACTANCIA SEPELIO INCAPACIDAD TEMPORAL MATERNIDAD (IRA / ZDA / TOTAL)

PERIODO SUBSIDIADO: INICIO _____ FIN _____ N° DIAS _____ MONTO S/ _____

LLENADO SOLO POR TRABAJADOR DOCENTE. SECTOR: PRIVADO PÚBLICO

IV. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

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

N° C.M.P.	PERIODO DE DESCANSO		N° DIAS	N° C.M.P.	PERIODO DE DESCANSO		N° DIAS	N° C.M.P.	PERIODO DE DESCANSO		N° DIAS
	DEL	AL			DEL	AL			DEL	AL	

SEPELIO

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

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

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

C. Los gastos del asegurado titular fallecido:

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

D. El asegurado titular fallecido por:

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

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

El (los) firmante(s) declaro(s) bajo juramento que la información consignada y la documentación que se adjunta a la presente declaración es verdadera, no es alterada, sujeta a principio de veracidad y fiscalización posterior establecida en el numeral 1.7 y 1.15 del Artículo 49 del Título Preliminar del TUD de la Ley de Procedimiento Administrativo General 27444.

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

Para Subsidio de Maternidad o Incapacidad Temporal, Declaro bajo juramento que he recibido de mi empleador el importe de S/ _____ por las cuales la Entidad Empleadora solicita el reembolso.

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

DIRECCIÓN DEL TITULAR, BENEFICIARIO O EMPLEADOR: _____

USO DE LA ENTIDAD EMPLEADORA	USO DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO	USO DE ESSALUD
Firma y Sello de representante legal de Entidad Empleadora Tipo Doc.: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE Número: _____	Firma del Asegurado o Beneficiario Tipo Doc.: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE Número: _____	Firma y Sello de ESSALUD N° de NIT o EXP.: _____ Se adjunta <input type="checkbox"/> fotos.

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



FLUJOGRAMA

