



PERÚ

Ministerio  
de Educación

Dirección Regional  
de Educación  
de Lima Metropolitana

Unidad de Gestión  
Educativa Local N° 07

"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

San Borja, 18 ABR. 2016

**OFICIO MULTIPLE N° 015 D-UGEL 07/ARH/EDBTH-2016**

SEÑOR (A) (ITA)  
DIRECTOR (A)  
INSTITUCION EDUCATIVA

**Presente.-**

**ASUNTO:** Procedimiento para la Gestión de Licencias con Goce por Enfermedad y/o Maternidad, en forma simultánea con la gestión de subsidios –ESSALUD

**REF:** RESOLUCION DIRECTORAL UGEL .07N° 004228-2011.

Muy Estimado(a) Director(a):

Tengo a bien dirigirme a usted, con la finalidad de saludarlo cordialmente y hacer de vuestro conocimiento lo establecido en la **DIRECTIVA N° 108-2011/DUGEL.07/AGAIE/EAP**, aprobada con la Resolución de la referencia; sobre el procedimiento adecuado para la presentación de los Expedientes por concepto de Licencias y Subsidios por Enfermedad y/o Maternidad, que se encuentra vigente.

En este sentido, quisiera darle a conocer a su despacho algunos aspectos establecidos en la directiva de la referencia que consideramos más importantes, los que permitirán hacer más eficiente la gestión que realice ante la UGEL N° 07 con respecto a las prestaciones sociales del personal de su Institución Educativa:

- Punto 9.6 **Los servidores o trabajadores para acceder a las prestaciones económicas (subsidio) por parte de ESSALUD, deberán presentar obligatoriamente en forma paralela al expediente de la licencia, un expediente ante la UGEL N° 07, solicitando el subsidio; el mismo que deberá contener los requisitos necesarios para el trámite.**
- Punto 9.9 **“los directores de las Instituciones educativas deberán informar a la UGEL N° 07, sin excepción y dentro del mismo mes, todos los certificados médicos de incapacidad temporal para el trabajo y/o maternidad que hayan sido emitidos a favor de los servidores o trabajadores de la institución, con el**





PERÚ

Ministerio de Educación

Dirección Regional de Educación de Lima Metropolitana

Unidad de Gestión Educativa Local N° 07

"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

**propósito de informar a la SUNAT el periodo subsidiado por ESSALUD; a través de la Declaración del PDT- Planilla Electrónica".**

Le informo, asimismo, que es de vital importancia la entrega oportuna de la información comentada en el párrafo precedente, lo que permite cumplir con los requisitos exigidos por SUNAT y ESSALUD para el pago directo del subsidio por los días de Licencia con Goce por Enfermedad y/o Maternidad (adicionales a los 20 primeros días a cargo del empleador) utilizados por parte del servidor o trabajador.

Finalmente, de acuerdo a la directiva citada, **"El derecho a gozar de licencias con goce o sin goce de remuneraciones, conlleva la responsabilidad de cada servidor de conocer la normativa vigente sobre la materia"**, por tanto, lo exhorto cordialmente a hacer extensiva la información contenida en este Oficio a todo el personal de la Institución Educativa que tiene a bien Dirigir, publicando los documentos de la referencia en un lugar visible y de fácil acceso al mismo.

De encontrar algún aspecto relacionado a este tópico y que Ud. considera que no se detalla en el presente Oficio, podrá dirigir sus consultas al Equipo de Desarrollo y Bienestar del Talento Humano del Área de Recursos Humanos de la UGEL N° 07 – SAN BORJA.

Esperando que lo mencionado líneas arriba sea de utilidad para el beneficio de todos los servidores, es propicia la ocasión para renovar a Ud. Las muestras de mi especial consideración.

Atentamente,



Luis Alberto Quintanilla Gutierrez  
Director de Programa Sectorial II  
UGEL N° 07 - SAN BORJA

PSDTA: Adjunto requisitos de Licencia y Subsidio



LAQG / D  
SBASE / J.ARH  
DPG / EDBTH





# COMUNICADO

**A LOS USUARIOS DE LA UGEL N° 07 QUE REALIZAN TRÁMITE DE LICENCIAS Y SUBSIDIOS POR ENFERMEDAD- MATERNIDAD (ESSALUD)**

## CONSIDERAR LO SIGUIENTE

1. LOS DIRECTORES DE LAS I.E INFORMARAN A SU PERSONAL SOBRE LOS TRÁMITES.
2. EL USUARIO DEBE TRAER O ENVIAR SU CITT **DENTRO DE 5 DÍAS HÁBILES** QUE EMITE ESSALUD, SACAR COPIA Y DEJAR EN EL EQUIPO DE DESARROLLO Y BIENESTAR DEL TALENTO HUMANO.
3. TRÁMITAR LICENCIA CON GOCE PARA SU RESOLUCIÓN DIRECTORIAL QUE GENERA PAGO DIRECTO POR ESSALUD.
4. LAS PLANILLAS ELECTRÓNICAS **PDT-PLAME SUNAT** TIENE FECHA DE VENCIMIENTO DE PAGO Y DECLARACIÓN SIN RETROACTIVIDAD, PARA DECLARAR LOS **CITT-ESSALUD** (CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO), LA **NO IMPLICANCIA**, DE LA PRESENTACIÓN DE LOS **CITT-ESSALUD** EN LA FECHA INDICADA, SERÁ DE RESPONSABILIDAD FUNCIONAL Y ECONÓMICA DEL DIRECTOR DE LA I.E. Y DE LOS TRABAJADORES (ADMINISTRADOS). **LA UGEL NO SE RESPONSABILIZARÁ DEL NO RECONOCIMIENTO DEL PAGO DIRECTO POR ESSALUD.**
5. LOS DIRECTORES DEBERÁN COMUNICAR AL EQUIPO DE DESARROLLO Y BIENESTAR DEL TALENTO HUMANO DE LA UGEL N° 07, DE LOS TRABAJADORES QUE SE ENCUENTRAN HOSPITALIZADOS, CUYA LICENCIA SE ENCUENTRAN EN TRÁMITE.
6. DESPUÉS DE HABER INGRESADO SU SOLICITUD DE LICENCIA A MESA DE PARTE, AGRACEREMOS ACERCARSE AL EQUIPO DE EDBTH E INFORMAR EL N° DE EXPEDIENTE.

**TODO SE INFORMA OPORTUNAMENTE A LA SUNAT PARA SER VISUALIZADO POR ESSALUD Y BRINDE LA ATENCIÓN Y PAGO OPORTUNO.**

**ARH – EQUIPO DE DESARROLLO Y BIENESTAR DEL TALENTO HUMANO**

**SAN BORJA, ABRIL 2016**





# EQUIPO DE DESARROLLO Y BIENESTAR DEL TALENTO HUMANO UGEL 07-2016

## REQUISITOS PARA LICENCIA POR ENFERMEDAD Y MATERNIDAD

1. FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITE (SOLICITUD LLENADA Y FIRMADA EN ORIGINAL POR EL USUARIO Y/O APODERADO), (SOLICITARLO EN VIGILANCIA).
2. COPIA (LEGIBLE) DEL DNI Y BOLETA DE PAGO DEL AÑO VIGENTE.
3. OFICIO DE LA I.E.
4. RÉCORD TOTAL DE LICENCIAS DEL AÑO ACTUAL, EMITIDAS POR LA DIRECCIÓN DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA. (2016)
5. CERTIFICADO MÉDICO OFICIAL CITT- ESSALUD, O PARTICULAR SEGÚN EL FORMATO DEL COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ (EN ESTE ÚLTIMO CASO, VISADO POR EL ÁREA DE SALUD)
6. PARA LOS TRABAJADORES CONTRATADOS ADJUNTAR: RD DE CONTRATO DEL AÑO ACTUAL 2016 (COPIA SIMPLE)
7. VISAR EL EXPEDIENTE EN EL EQUIPO DE DESARROLLO Y BIENESTAR DEL TALENTO HUMANO, LUEGO INGRESARLO POR MESA DE PARTES.

**NOTA:** Después de presentar su expediente de licencia por enfermedad o maternidad, acercarse a la Oficina del Equipo de Bienestar del Talento Humano para tramitar su SUBSIDIO (Si tiene más de 20 días de descanso médico por enfermedad o maternidad)



SAN BORJA, ABRIL 2016



# RECORD DE LICENCIAS POR ENFERMEDAD Y/O MATERNIDAD (SUBSIDIOS)



**PERÚ**

**Ministerio  
de Educación**

Unidad de Gestión  
Educativa Local N° 07

Equipo De Desarrollo y Bienestar  
Del Talento Humano

**INSTITUCION EDUCATIVA:** \_\_\_\_\_

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	CARGO ACTUAL	Nº DE CITT	VIGENCIA DE LICENCIAS		Nº DE DIAS DE DIAS	LABOR EFECTIVA NO LABORO	Nº DE EXPEDIENTE
1					AL			
2					AL			
3					AL			
4					AL			
5					AL			
6					AL			
7					AL			
8					AL			
9					AL			
10					AL			

FECHA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DEL 2016

\_\_\_\_\_ FIRMA Y SELLO DEL DIRECTOR DE LA I.E





**UGEL nº 07**

**ARH – EQUIPO DE DESARROLLO Y BIENESTAR DEL TALENTO HUMANO**

**PERSONAL NOMBRADO Y CONTRATADO**

**SUBSIDIOS POR ENFERMEDAD (D.S.163 – 2005 Y DECRETO DE URGENCIA Nº 002-2006-ESSALUD)**

- **FUT (Formulario único de trámite)**
- **FUT de solicitud de Licencia con goce por enfermedad, de la I.E (COPIA SIMPLE).**
- **Oficio y formato con el RECORD DE ASISTENCIA de licencias con goce de haber, de la I.E., con la firma original del Director(a).**
- **Certificado de Incapacidad Temporal para el trabajo CITT – ESSALUD (ORIGINAL Y 2 COPIAS).**  
Antes de retirarse de consulta, debe verificar que su CITT esté completamente lleno con sus datos. En caso que el CITT sea otorgado pasado la fecha de otorgamiento más de 48 horas desde la fecha de inicio tiene que ser visado por el Medico de control del hospital ó centro asistencial – ESSALUD correspondiente.
- En caso de accidente presentar el formato de aviso de accidente – ESSALUD y/o declaración jurada que especifique el mismo.
- **(3) Formularios Nº 8002 – ESSALUD**
- **(3) Formularios Nº 8002 – USUARIO**  
Solicitud de pago directo de prestaciones económicas – ESSALUD – página web – [www.essalud.gob.pe](http://www.essalud.gob.pe), debe ser llenado y firmado en original, igual que su DNI.
- **DNI (02 COPIAS).**
- **12 boletas de pago anteriores a la fecha de inicio, de la enfermedad (COPIA SIMPLE)**
- **RDU de nombramiento, reasignación, permuta, ó contrato 2015 y 2016, en la UGEL 07 (COPIA SIMPLE)**

**NOTA.-**

*No se visarán expedientes incompletos. El expediente ingresará por MESA DE PARTES con el VºB del Equipo De Desarrollo Y Bienestar Del Talento Humano.*

**PARA EL CANJE DE CERTIFICADO MEDICO PARTICULAR POR CITT – ESSALUD.**

- Solicitud de **(CARTA)** para el canje en ESSALUD.
- **Récord** de asistencia de licencias con goce de haber, de la I.E. en **(FORMATO)**, con la firma original del Director(a).
- **Certificado de descanso medico desde el primer día de inicio de la enfermedad, (record del año actual, acumulable).**
- **DNI (01 COPIA)**
- **Boleta de pago (01 copia).**

El Equipo De Desarrollo y Bienestar Del Talento Humano de la UGEL 07 emitirá una CARTA ante ESSALUD, solicitando el CANJE del certificado médico particular por un CITT de ESSALUD.

**NOTA.-**

*La directiva Nº 015-GG-ESSALUD-2014 en el numeral 6.2.4.1 establece:*

*“Todo certificado médico posterior al vigésimo día de incapacidad acumulado en el año por el trabajador, y que cumpla con los requisitos respectivos, será validado procediéndose a emitir el respectivo CITT. La presentación del expediente por el usuario deberá ser realizado dentro de los treinta (30) primeros días hábiles de emitido el Certificado Médico”*

*Luego de solicitar el canje de Descanso Medico Particular en Essalud, deberá presentar en la Oficina del Equipo de Bienestar del Talento Humano una copia del cargo con el N° de NIT (máximo 7 días hábiles luego de la fecha de entrega de la Carta de Canje).*

EDBTH

Coord. Diego Tomas Pacheco.

UGEL Nº 07 – San Borja





# RECORD DE LICENCIAS POR ENFERMEDAD Y/O MATERNIDAD (LICENCIAS)



**PERÚ**

**Ministerio  
de Educación**

Unidad de Gestión  
Educativa Local N°07

Equipo De Desarrollo y Bienestar  
Del Talento Humano

**INSTITUCION EDUCATIVA:**

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	CARGO ACTUAL	Nº DE CITT	VIGENCIA DE LICENCIAS		Nº DE DIAS DE DIAS	ENFERMEDAD Y/O MATERNIDAD	Nº DE EXPEDIENTE
1					AL			
2					AL			
3					AL			
4					AL			
5					AL			
6					AL			
7					AL			
8					AL			
9					AL			
10					AL			

FECHA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DEL 2016

\_\_\_\_\_ FIRMA Y SELLO DEL DIRECTOR DE LA I.E

NOTA: EL N° DE EXPEDIENTE SERA EL QUE ES ASIGNADO EN LA UGEL 07






**SOLICITUD DE PAGO DIRECTO  
DE PRESTACIONES ECONÓMICAS**

USO ESSALUD

USO ESSALUD

N° Expediente

Folios  
(en números  
y letras)

## I. DATOS DEL ASEGURADO

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
Dir.: Av./Jr./Calle/Block/Carretera/Malecón/Plaza		N°/Km/Mz/Int/Dpto/Lote		Distrito	
Provincia		Teléfono			
Documento de Identidad	Tipo	Número	Tipo asegurado (Ver Tabla 1)	N° Autogenerado	Permanencia Laboral
					Día Mes Año
					Fecha Ingreso
					Fecha Cese
Continúa Laborando SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
Doce últimas remuneraciones inmediatamente anteriores a la contingencia, sin incluir gratificaciones ni bonificación por vacaciones (Sólo Incap. y Maternid.)					
Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año
S/.		S/.		S/.	
Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año
S/.		S/.		S/.	
Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año
S/.		S/.		S/.	

## II. INFORMACIÓN SOBRE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA

Tipo de Prestación Económica						Banco		
Incapacidad Temporal <input type="checkbox"/>	Maternidad 1° Armada <input type="checkbox"/>	Maternidad 2° Armada <input type="checkbox"/>	Lactancia <input type="checkbox"/>	Sepelio <input type="checkbox"/>				
Fecha de Nacimiento del lactante	Día	Mes	Año	Fecha de Fallecimiento del asegurado	Día	Mes	Año	

## III. DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA

Nombre o Razón Social		Teléfono		Documento de Identidad	
				Tipo Número	
Dir.: Av. / Jr. / Calle / Block / Carretera / Malecón / Plaza		N°/Km/Mz/Int/Dpto/Lote		Distrito	
Provincia					

## IV. DATOS DEL BENEFICIARIO

DATOS DEL BENEFICIARIO (Para prestación por Lactancia o Sepelio)					
Apellidos y Nombres o Razón Social			Teléfono		Documento de Identidad
					Tipo Número
Dir.: Av. / Jr. / Calle / Block / Carretera / Malecón / Plaza			N°/Km/Mz/Int/Dpto/Lote		Distrito
Provincia					
DATOS DEL LACTANTE (Sólo para prestación por Lactancia)					
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
				DNI	
				N° Autogenerado	

Firma y Sello del Representante Legal  
de la Empresa

Como representante legal de la empresa, declaro bajo juramento que los datos y la documentación que se adjuntan a la presente son verdaderos, que el asegurado tuvo vínculo laboral con la empresa en el momento de la contingencia y en el período subsidiado, en caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional, éstos no se produjeron por nuestra negligencia, sujetándose a verificación posterior y a las sanciones a que hubiere lugar.

Firma del Asegurado Titular  
Firma del Beneficiario (solo sepelio)

Como asegurado/beneficiario declaro bajo juramento que los datos y la documentación que se adjuntan a la presente son verdaderos, sujetándose a verificación posterior y a las sanciones a que hubiere lugar.

En caso de Sepelio, como Beneficiario que acredite los gastos funerarios, declaro haberlos efectuado personalmente.

Firma del Apoderado  
(de ser el caso)

N° L.E./ D.N.I.

Nombres y Apellidos:

Firma y Sello de Recepción

NO SE ACEPTAN BORRONES NI ENMENDADURAS

ESSALUD



**V. DOCUMENTOS QUE ACREDITEN LOS DÍAS DE INCAPACIDAD DEL ASEGURADO**

Se adjunta a la presente solicitud los Certificados Médicos Particulares - CMP o Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo - CITT de acuerdo a lo siguiente según corresponda:

**En la primera presentación :**

- 1.- CMP o CITT por los primeros 20 días de incapacidad a cargo de la entidad empleadora de conformidad con el artículo 12° de la Ley N° 26790.
- 2.- CITT a partir del vigésimo primer día de incapacidad.

**En la segunda presentación y siguientes :**

- 1.- CITT por los días de incapacidad.

N° Certificado	N° días	Del	Día	Mes	Año	Al	Día	Mes	Año
		Del				Al			
		Del				Al			
		Del				Al			
		Del				Al			
		Del				Al			
		Del				Al			
		Del				Al			
		Del				Al			
		Del				Al			
		Del				Al			
		Del				Al			
		Del				Al			
		Del				Al			

Total de días

**INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO 8002**

**¿Cuándo utilizo este formulario?**

Este formulario lo utilizará el asegurado cuando solicite el pago directo de las prestaciones económicas por Incapacidad Temporal, Maternidad, Lactancia o Sepelio según sea el caso.

**¿Cómo lleno el formulario?**

En el formulario deben registrarse los datos del asegurado, beneficiario y empleador, según corresponda, teniendo en cuenta las siguientes instrucciones :

**I. DATOS DEL ASEGURADO**

- Consigne el apellido paterno, apellido materno y nombres.
- Consigne la dirección.
- Consigne el tipo de documento de identidad, según la codificación siguiente : (1) DNI (2) Carné de Extranjería (3) NIT (RUC) (4) Pasaporte (5) Carné Fuerzas Armadas (6) Carné Fuerzas Policiales (7) Libreta Militar Asimismo consigne el número del documento de identidad y el número autogenerado.
- Consigne teléfono personal del asegurado, indique tipo de asegurado, según Tabla N° 01 y la fecha de ingreso y cese del mismo (consigne el año con cuatro dígitos).
- En caso no haya cesado, marcar con un aspa en el recuadro "si" continúa laborando.
- Sólo en el caso de subsidios de Incapacidad Temporal y Maternidad, consigne el mes y el año y el importe de las doce últimas remuneraciones del asegurado inmediatamente anteriores a la contingencia (sin gratificaciones, ni bonificación por vacaciones).

**II. INFORMACIÓN SOBRE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA**

- Consigne el tipo de prestación económica que corresponda y el banco establecido por ESSALUD para el giro de la orden de pago o cheque .
- Consigne la fecha de nacimiento del lactante o la fecha de fallecimiento del asegurado (consigne el año con cuatro dígitos).

**III. DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA**

- Consigne el nombre o razón social y teléfono de la entidad empleadora a la que pertenece el asegurado.
- Consigne el tipo de documento de identidad, según la codificación siguiente : (1) DNI (2) Carné de Extranjería (3) NIT (RUC) (4) Pasaporte (5) Carné Fuerzas Armadas (6) Carné Fuerzas Policiales (7) Libreta Militar Asimismo consigne el número del documento de identidad correspondiente.
- Consigne la dirección de la entidad empleadora a la que pertenece el asegurado.

**IV. DATOS DEL BENEFICIARIO - TUTOR**

- En caso de prestación por lactancia o sepelio consignar los apellidos y nombres ó razón social, teléfono y el tipo de documento de identidad del beneficiario - tutor según la codificación siguiente : (1) DNI (2) Carné de Extranjería (3) NIT (RUC) (4) Pasaporte (5) Carné Fuerzas Armadas (6) Carné Fuerzas Policiales (7) Libreta Militar
- Consigne la dirección del beneficiario-tutor.
- Consigne el apellido paterno, apellido materno, nombres y N° autogenerado o DNI del lactante, según corresponda para los casos de la Prestación por Lactancia.

**V. DOCUMENTOS QUE ACREDITEN LOS DÍAS DE INCAPACIDAD DEL ASEGURADO**

Por cada documento o CITT deberá consignar : su número, cantidad de días de descanso médico y la fecha de inicio y término del mismo.

**VI. OBSERVACIONES**

- a) En caso que la solicitud sea presentada por un tercero, deberá consignar su firma, nombres y apellidos completos y el número de su D.N.I.
- b) Cuando solicite la prestación por Lactancia por parto múltiple, deberá presentar una solicitud por cada lactante.

Código	Descripción	Código	Descripción
01	Trabajador Activo	34	Agrario Independiente
05	Pensionista 20530	36	Pensionista 18846
06	Construcción Civil	37	Pensionista AFP
07	Trabajador del Hogar	38	Pensionista SCTR
09	Agrario Dependiente	50	Seguro Potestativo
13	Trabajador del Sector Público	66	Pescador y Proc. Artesanal Indep.
14	Trabajador de ESSALUD	67	Pescador Pensionista CBSSP
29	Pensionista 19990	68	Pescador Activo CBSSP
31	Trabajador Portuario o Panificador	70	Trabajador CAS (D.L. 1057)

**CÁLCULO DEL SUBSIDIO A PAGAR**

Del	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Día	Mes	Año	Días Subsidiados	Subsidio Diario	Importe Total (sin céntimos)
Al	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			S/.
	Día	Mes	Año	Importe Total en letras		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Calificador				Jefe de Oficina		

**OBSERVACIONES (USO ESSALUD)**

**FECHA DE PROGRAMACIÓN DE PAGO**




**SOLICITUD DE PAGO DIRECTO  
DE PRESTACIONES ECONÓMICAS**

USO ESSALUD

Folios  
(en números  
y letras)

USO ESSALUD

N° Expediente

## I. DATOS DEL ASEGURADO

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres					
Dir.: Av./Jr./Calle/Block/Carretera/Malecón/Plaza		N°/Km/Mz/Int/Dpto/Lote		Distrito					
Provincia		Teléfono							
Documento de Identidad	Tipo	Número	Tipo asegurado (Ver Tabla 1)	N° Autogenerado	Permanencia Laboral			Continúa Laborando SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
					Fecha Ingreso	Día	Mes		Año
						Fecha Cese			
Doce últimas remuneraciones inmediatamente anteriores a la contingencia, sin incluir gratificaciones ni bonificación por vacaciones (Sólo Incap. y Maternid.)									
Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año
S/.		S/.		S/.		S/.		S/.	
Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año
S/.		S/.		S/.		S/.		S/.	
Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año
S/.		S/.		S/.		S/.		S/.	

## II. INFORMACIÓN SOBRE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA

Tipo de Prestación Económica						Banco		
Incapacidad Temporal <input type="checkbox"/>	Maternidad 1° Armada <input type="checkbox"/>	Maternidad 2° Armada <input type="checkbox"/>	Lactancia <input type="checkbox"/>	Sepelio <input type="checkbox"/>				
Fecha de Nacimiento del lactante	Día	Mes	Año	Fecha de Fallecimiento del asegurado	Día	Mes	Año	

## III. DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA

Nombre o Razón Social		Teléfono		Documento de Identidad	
				Tipo	
				Número	
Dir.: Av. / Jr. / Calle / Block / Carretera / Malecón / Plaza		N°/Km/Mz/Int/Dpto/Lote		Distrito	
Provincia					

## IV. DATOS DEL BENEFICIARIO

DATOS DEL BENEFICIARIO (Para prestación por Lactancia o Sepelio)					
Apellidos y Nombres o Razón Social			Teléfono		Documento de Identidad
					Tipo
					Número
Dir.: Av./ Jr. / Calle / Block / Carretera / Malecón / Plaza		N°/Km/Mz/Int/Dpto/Lote		Distrito	
Provincia					
DATOS DEL LACTANTE (Sólo para prestación por Lactancia)					
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
				DNI	
				N° Autogenerado	

Firma y Sello del Representante Legal  
de la Empresa

Como representante legal de la empresa, declaro bajo juramento que los datos y la documentación que se adjuntan a la presente son verdaderos, que el asegurado tuvo vínculo laboral con la empresa en el momento de la contingencia y en el periodo subsidiado; en caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional, éstos no se produjeron por nuestra negligencia, sujeta a verificación posterior y a las sanciones a que hubiere lugar.

Firma del Asegurado/Titular  
Firma del Beneficiario (solo sepelio)

Como asegurado/beneficiario declaro bajo juramento que los datos y la documentación que se adjuntan a la presente son verdaderos, sujeta a verificación posterior y a las sanciones a que hubiere lugar.  
En caso de Sepelio; como Beneficiario que acreditó los gastos funerarios, declaro haberlos efectuado personalmente.

Firma del Apoderado  
(de ser el caso)

N° L.E./ D.N.I.

Nombres y Apellidos:

Firma y Sello de Recepción

NO SE ACEPTAN BORRONES NI ENMENDADURAS

USUARIO



**V. DOCUMENTOS QUE ACREDITEN LOS DÍAS DE INCAPACIDAD DEL ASEGURADO**

Se adjunta a la presente solicitud los Certificados Médicos Particulares - CMP o Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo - CITT de acuerdo a lo siguiente según corresponda :

**En la primera presentación :**

- 1.- CMP o CITT por los primeros 20 días de incapacidad a cargo de la entidad empleadora de conformidad con el artículo 12° de la Ley N° 26790.
- 2.- CITT a partir del vigésimo primer día de incapacidad.

**En la segunda presentación y siguientes :**

- 1.- CITT por los días de incapacidad.

N° Certificado	N° días	Del	Día	Mes	Año	Al	Día	Mes	Año
		Del				Al			
		Del				Al			
		Del				Al			
		Del				Al			
		Del				Al			
		Del				Al			
		Del				Al			
		Del				Al			
		Del				Al			
		Del				Al			
		Del				Al			

Total de días

**INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO 8002**

**¿Cuándo utilizo este formulario?**

Este formulario lo utilizará el asegurado cuando solicite el pago directo de las prestaciones económicas por Incapacidad Temporal, Maternidad, Lactancia o Sepelio según sea el caso.

**¿Cómo lleno el formulario?**

En el formulario deben registrarse los datos del asegurado, beneficiario y empleador, según corresponda, teniendo en cuenta las siguientes instrucciones :

**I. DATOS DEL ASEGURADO**

- Consigne el apellido paterno, apellido materno y nombres.
- Consigne la dirección.
- Consigne el tipo de documento de identidad, según la codificación siguiente :  
(1) DNI (2) Carné de Extranjería (3) NIT (RUC) (4) Pasaporte (5) Carné Fuerzas Armadas (6) Carné Fuerzas Policiales (7) Libreta Militar  
Asimismo consigne el número del documento de identidad y el número autogenerado.
- Consigne teléfono personal del asegurado, indique tipo de asegurado, según Tabla N° 01 y la fecha de ingreso y cese del mismo (consigne el año con cuatro dígitos).
- En caso no haya cesado, marcar con un aspa en el recuadro "si" continúa laborando.
- Sólo en el caso de subsidios de Incapacidad Temporal y Maternidad, consigne el mes y el año y el importe de las doce últimas remuneraciones del asegurado inmediatamente anteriores a la contingencia (sin gratificaciones, ni bonificación por vacaciones).

**II. INFORMACIÓN SOBRE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA**

- Consigne el tipo de prestación económica que corresponda y el banco establecido por ESSALUD para el giro de la orden de pago o cheque .
- Consigne la fecha de nacimiento del lactante o la fecha de fallecimiento del asegurado (consigne el año con cuatro dígitos).

**III. DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA**

- Consigne el nombre o razón social y teléfono de la entidad empleadora a la que pertenece el asegurado.
- Consigne el tipo de documento de identidad, según la codificación siguiente :  
(1) DNI (2) Carné de Extranjería (3) NIT (RUC) (4) Pasaporte (5) Carné Fuerzas Armadas (6) Carné Fuerzas Policiales (7) Libreta Militar  
Asimismo consigne el número del documento de identidad correspondiente.
- Consigne la dirección de la entidad empleadora a la que pertenece el asegurado.

**IV. DATOS DEL BENEFICIARIO - TUTOR**

- En caso de prestación por lactancia o sepelio consignar los apellidos y nombres ó razón social, teléfono y el tipo de documento de identidad del beneficiario - tutor según la codificación siguiente :  
(1) DNI (2) Carné de Extranjería (3) NIT (RUC) (4) Pasaporte (5) Carné Fuerzas Armadas (6) Carné Fuerzas Policiales (7) Libreta Militar
- Consigne la dirección del beneficiario-tutor.
- Consigne el apellido paterno, apellido materno, nombres y N° autogenerado o DNI del lactante, según corresponda para los casos de la Prestación por Lactancia.

**V. DOCUMENTOS QUE ACREDITEN LOS DÍAS DE INCAPACIDAD DEL ASEGURADO**

Por cada documento o CITT deberá consignar : su número, cantidad de días de descanso médico y la fecha de inicio y término del mismo.

**VI. OBSERVACIONES**

- En caso que la solicitud sea presentada por un tercero, deberá consignar su firma, nombres y apellidos completos y el número de su D.N.I.
- Cuando solicite la prestación por Lactancia por parto múltiple, deberá presentar una solicitud por cada lactante.

Tabla N° 01  
Tipo de Asegurado

Código	Descripción	Código	Descripción
01	Trabajador Activo	34	Agrario Independiente
05	Pensionista 20530	36	Pensionista 18846
06	Construcción Civil	37	Pensionista AFP
07	Trabajador del Hogar	38	Pensionista SCTR
09	Agrario Dependiente	50	Seguro Potestativo
13	Trabajador del Sector Público	66	Pescador y Proc. Artesanal Indep.
14	Trabajador de ESSALUD	67	Pescador Pensionista CBSSP
29	Pensionista 19990	68	Pescador Activo CBSSP
31	Trabajador Portuario o Panificador	70	Trabajador CAS (D.L. 1057)

**CÁLCULO DEL SUBSIDIO A PAGAR**

Del	Día	Mes	Año	Días Subsidiados	Subsidio Diario	Importe Total (sin céntimos) S/.
Al	Día	MeS	Año	Importe Total en letras		
Calificador				Jefe de Oficina		

**OBSERVACIONES (USO ESSALUD)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FECHA DE PROGRAMACIÓN DE PAGO**

\_\_\_\_\_



## UGEL nº 07

### ARH – EQUIPO DE DESARROLLO Y BIENESTAR DEL TALENTO HUMANO

#### PERSONAL NOMBRADO Y CONTRATADO

#### SUBSIDIOS POR MATERNIDAD - LACTANCIA (D.S.163 – 2005 Y DECRETO DE URGENCIA Nº 002-2006-ESSALUD).

- FUT (Formulario único de trámite)
- FUT de solicitud de Licencia con goce por maternidad, de la I.E (COPIA SIMPLE).
- Oficio y formato con el RECORD DE ASISTENCIA de licencias con goce de haber, de la I.E., con la firma original del Director(a).
- Certificado de Incapacidad Temporal para el trabajo CITT – ESSALUD (ORIGINAL Y 2 COPIAS).  
Antes de retirarse de consulta, debe verificar que su CITT esté completamente lleno con sus datos. En caso que el CITT sea otorgado pasado la fecha de otorgamiento más de 48 horas desde la fecha de inicio tiene que ser visado por el Medico de control del hospital ó centro asistencial – ESSALUD correspondiente.
- (3) Formularios Nº 8002 – ESSALUD
- (3) Formularios Nº 8002 – USUARIO  
Solicitud de pago directo de prestaciones económicas – ESSALUD – página web – [www.essalud.gob.pe](http://www.essalud.gob.pe), debe ser llenado y firmado en original, igual que su DNI.
- DNI (02 COPIAS).
- 12 boletas de pago anteriores a la fecha de inicio, de la maternidad (COPIA SIMPLE)
- RDU de nombramiento, reasignación, permuta, ó contrato 2015 y 2016, en la UGEL 07 (COPIA SIMPLE)

#### NOTA.-

No se visarán expedientes incompletos. El expediente ingresará por MESA DE PARTES con el VºB del Equipo De Desarrollo Y Bienestar Del Talento Humano.

#### LACTANCIA DE LA TITULAR

- FUT (Formulario único de trámite)
- FUT de solicitud de Licencia con goce por maternidad, de la I.E (COPIA SIMPLE).
- (3) Formularios Nº 1010 “Versión 05” – ESSALUD
- (3) Formularios Nº 1010 “Versión 05” – USUARIO
- (3) Formularios Nº 1010 “Versión 05” – ESSALUD UPE  
Solicitud de pago directo de prestaciones económicas – ESSALUD – página web – [www.essalud.gob.pe](http://www.essalud.gob.pe), debe ser llenado y firmado en original, igual que su DNI.
- RDU de nombramiento, reasignación, permuta, ó contrato 2015 y 2016, en la UGEL 07 (COPIA SIMPLE)
- (1) DNI de la titular (COPIA SIMPLE)
- (1) DNI del niño (a) (COPIA SIMPLE)
- (1) Partida de nacimiento del niño (a) (COPIA SIMPLE)
- (2) Formularios Nº 1010 “Versión 05” – USUARIO, Formulario único de Registro de asegurados, de inscripción del niño(a) sellado por ESSALUD (COPIA SIMPLE)
- 4 Boletas de pago anteriores a la fecha de nacimiento, y 1 boleta del mes en que nació el niño (a) (COPIA SIMPLE).

#### NOTA.-

- El comprobante de cobro de LACTANCIA de s/. 820 nuevos soles solo se entregara a la TITULAR – lo cobrara en el Banco Continental.
- El trámite se realizara con los trabajadores personalmente.
- No se visarán expedientes incompletos. El expediente ingresará por MESA DE PARTES con el VºB del Equipo De Desarrollo Y Bienestar Del Talento Humano.
- El derecho a reclamar LACTANCIA tiene vigencia de 90 días hábiles, más 06 meses a partir de la fecha de nacimiento del niño (a).

EDBTH

Coord. Diego Tomas Pacheco.

UGEL Nº 07 – San Borja

2016





## UGEL nº 07

### ARH – EQUIPO DE DESARROLLO Y BIENESTAR DEL TALENTO HUMANO

#### PERSONAL NOMBRADO Y CONTRATADO

#### SUBSIDIOS POR MATERNIDAD - LACTANCIA (D.S.163 – 2005 Y DECRETO DE URGENCIA Nº 002-2006-ESSALUD).

### LACTANCIA DE CONYUGE Y/O CONCUBINA DEL TITULAR

- FUT (Formulario único de trámite)
- FUT de solicitud de Licencia con goce por maternidad, de la I.E (COPIA SIMPLE).
- (3) Formularios Nº 1010 “Versión 05” – ESSALUD
- (3) Formularios Nº 1010 “Versión 05” – USUARIO
- (3) Formularios Nº 1010 “Versión 05” – ESSALUD UPE  
Solicitud de pago directo de prestaciones económicas – ESSALUD – página web – [www.essalud.gob.pe](http://www.essalud.gob.pe), debe ser llenado y firmado en original, igual que su DNI.
- RDU de nombramiento, reasignación, permuta, ó contrato 2015 y 2016, en la UGEL 07 (COPIA SIMPLE)
- (1) DNI del niño (a) (COPIA SIMPLE)
- (1) Partida de nacimiento del niño (a) (COPIA SIMPLE)
- 4 Boletas de pago anteriores a la fecha de nacimiento, y 1 boleta del mes en que nació el niño (a) (COPIA SIMPLE).
- DNI vigente, del Titular y de la cónyuge y/o concubina (COPIA SIMPLE)
- (1) Formularios Nº 1010 “Versión 05” – USUARIO, Formulario único de Registro de asegurados, de inscripción del niño(a) sellado por ESSALUD (COPIA SIMPLE)

#### NOTA.-

- El comprobante de cobro de LACTANCIA de **s/. 820** nuevos soles solo se entregara a la TITULAR – lo cobrara en el Banco Continental.
- El trámite se realizara con los trabajadores personalmente.
- No se visarán expedientes incompletos. El expediente ingresará por MESA DE PARTES con el VºB del Equipo De Desarrollo Y Bienestar Del Talento Humano.
- El derecho a reclamar LACTANCIA tiene vigencia de 90 días hábiles, más 06 meses a partir de la fecha de

EDBTH  
Coord. Diego Tomas Pacheco.  
UGEL Nº 07 – San Borja  
2016







**EsSalud**  
Formulario 1010  
(versión 05)

## FORMULARIO ÚNICO SEGUROS Y PRESTACIONES ECONÓMICAS

Tipo de Seguro  
(Llenado por EsSalud)

Nº Folio EsSalud  
(Llenado por EsSalud)

### I.- INFORMACIÓN DE ASEGURADO TITULAR

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CARNET EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/> PASAPORTE	Número
DATOS DEL EMPLEADOR: <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> NCO (Nº CORREL DE ORG) <input type="checkbox"/> CIE (COD INSC EMPLEADOR TH)	Número

### II.- SOLICITUD DE REGISTRO

Titular  Derechohabiente

TIPO DE REGISTRO		<input type="checkbox"/> ALTA (INSCRIPCIÓN)	<input type="checkbox"/> CAMBIO (ACTUALIZACIÓN)	<input type="checkbox"/> BAJA (CESE / DESAFILIACIÓN)
DATOS DE LA PERSONA A REGISTRAR <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> ACTA DE NACIMIENTO <input checked="" type="checkbox"/> CARNET EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/> PASAPORTE				Número
TIPO DE VÍNCULO CON EL ASEGURADO TITULAR		<input type="checkbox"/> CÓNYUGE	<input type="checkbox"/> CONCUBINO	<input type="checkbox"/> HIJO MAYOR INCAPACITADO
		<input type="checkbox"/> HIJO	<input type="checkbox"/> MADRE GESTANTE H. EXTRAMATRIMONIAL	
Primer apellido	Segundo apellido	Apellido casada	Nombre(s)	
Género	Estado civil	Fecha nacimiento	Nº Teléfono o Celular	Correo electrónico
<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)			
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a)			
<b>DIRECCIÓN (Opcional, cuando es diferente a la dirección de RENIEC o por Actualización)</b>				
Nombre vía (Especificar calle, jirón, avenida, etc)		Número	Departam	Interior
			Manzana	Nº Lote
			Nº Km	Nº Block
			Nº Etapa	
Nombre Zona (Especificar AAHH, Urb, comunidad)	Departamento	Provincia	Distrito	Referencia

### III.- SOLICITUD DE DERECHO ESPECIAL DE COBERTURA POR DESEMPLEO (LATENCIA)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE ENTIDAD EMPLEADORA (última)	RUC / NCO / CIE	FECHA DE CESE O SUSPENSIÓN
--	-----------------	----------------------------

### IV.- SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

Pago Directo  Reembolso

Asegurado Titular con vínculo laboral a la fecha de la contingencia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	TIPO DE TRÁMITE	<input type="checkbox"/> Lactancia <input type="checkbox"/> Sepelio <input type="checkbox"/> Maternidad <input type="checkbox"/> Incapacidad
Solicitante o Beneficiario (Apellidos y nombres o razón social)		Documento de Identificación del Solicitante o Beneficiario	TELÉFONO
		<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> RUC	Número
CORREO ELECTRÓNICO DEL SOLICITANTE O BENEFICIARIO	FECHA DE INICIO:	FECHA DE FIN:	DÍAS SUBSIDIADOS
			MONTO A SUBSIDIAR

#### DECLARACIÓN JURADA:

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 la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General.

Tratándose de afiliación al Seguro de Salud Agrario Independiente, declara(n) que desarrolla(n) actividades de cultivo, crianza avícola, acuícola y/o agroindustria y los ingresos netos por otras actividades no superan el 20% de ingreso neto anual proyectado que asciende a S/. \_\_\_\_\_.

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 a asumir la responsabilidad penal a que hubiere lugar.

Igualmente, autoriza(n) que las notificaciones de actos administrativos se remitan a los correos electrónicos consignados en el presente formulario.  SI  NO

La firma del solicitante: <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge/ Concubino(a) <input type="checkbox"/> Padre/ Madre no asegurado(a) <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador	USO DE ESSALUD - REFRENDO				
	Firma y sello de EsSalud				
Firma y sello del empleador	Firma del Declarante o Solicitante				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Tp Dc Id</td> <td style="width: 50%;">Nro documento identidad</td> </tr> </table>	Tp Dc Id	Nro documento identidad	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Tp Dc Id</td> <td style="width: 50%;">Nro documento identidad</td> </tr> </table>	Tp Dc Id	Nro documento identidad
Tp Dc Id	Nro documento identidad				
Tp Dc Id	Nro documento identidad				
NIT					
Nº Exped.					

### DE USO DE ESSALUD

MADRE GESTANTE H. EXTRAMATRIMONIAL	FECHA PROBABLE DEL PARTO:	NEONATO	VIGENCIA HASTA
FECHA DE PAGO DEL SUBSIDIO			
MADRE GESTANTE H. EXTRAMATRIMONIAL	INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA EL TRABAJO	PERIODO DE COBERTURA	VIGENCIA HASTA
<input type="checkbox"/> Definitiva <input type="checkbox"/> Provisional			
MOTIVO DE BAJA	TIPO	FECHA (DESDE):	







**EsSalud**  
Formulario 1010  
(versión 05)

## FORMULARIO ÚNICO SEGUROS Y PRESTACIONES ECONÓMICAS

Tipo de Seguro  
(Llenado por EsSalud)

Nº Folio EsSalud  
(Llenado por EsSalud)

### I.- INFORMACIÓN DE ASEGURADO TITULAR

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CARNET EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/> PASAPORTE	Número
DATOS DEL EMPLEADOR: <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> NCO (Nº CORREL DE ORG) <input type="checkbox"/> CIE (COD INSC EMPLEADOR TH)	Número

### II.- SOLICITUD DE REGISTRO

Titular  Derechohabiente

<b>TIPO DE REGISTRO</b>		<input type="checkbox"/> ALTA (INSCRIPCIÓN)	<input type="checkbox"/> CAMBIO (ACTUALIZACIÓN)	<input type="checkbox"/> BAJA (CESE / DESAFILIACIÓN)
DATOS DE LA PERSONA A REGISTRAR <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> ACTA DE NACIMIENTO <input type="checkbox"/> CARNET EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/> PASAPORTE				Número
TIPO DE VÍNCULO CON EL ASEGURADO TITULAR <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> CONCUBINO <input type="checkbox"/> HIJO MAYOR INCAPACITADO <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> MADRE GESTANTE H. EXTRAMATRIMONIAL				
Primer apellido	Segundo apellido	Apellido casada	Nombre(s)	
Género <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)	Fecha nacimiento	Nº Teléfono o Celular	Correo electrónico
<b>DIRECCIÓN (Opcional, cuando es diferente a la dirección de RENIEC o por Actualización)</b>				
Nombre vía (Especificar calle, jirón, avenida, etc)		Número	Departam	Interior
		Manzana	Nº Lote	Nº Km
		Nº Block	Nº Etapa	
Nombre Zona (Especificar AAHH, Urb, comunidad)	Departamento	Provincia	Distrito	Referencia

### III.- SOLICITUD DE DERECHO ESPECIAL DE COBERTURA POR DESEMPLEO (LATENCIA)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE ENTIDAD EMPLEADORA (última)	RUC / NCO / CIE	FECHA DE CESE O SUSPENSIÓN
--	-----------------	----------------------------

### IV.- SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

Pago Directo  Reembolso

Asegurado Titular con vínculo laboral a la fecha de la contingencia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>TIPO DE TRÁMITE</b>	<input type="checkbox"/> Lactancia <input type="checkbox"/> Sepelio <input type="checkbox"/> Maternidad <input type="checkbox"/> Incapacidad
Solicitante o Beneficiario (Apellidos y nombres o razón social)	Documento de Identificación del Solicitante o Beneficiario	
	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> RUC	Número
CORREO ELECTRÓNICO DEL SOLICITANTE O BENEFICIARIO	FECHA DE INICIO:	FECHA DE FIN:
	DÍAS SUBSIDIADOS	MONTO A SUBSIDIAR

**DECLARACIÓN JURADA:**  
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 la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General.  
Tratándose de afiliación al Seguro de Salud Agrario Independiente, declara(n) que desarrolla(n) actividades de cultivo, crianza avícola, acuícola y/o agroindustria y los ingresos netos por otras actividades no superan el 20% de ingreso neto anual proyectado que asciende a S/.....  
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 a asumir la responsabilidad penal a que hubiere lugar.  
Igualmente, autoriza(n) que las notificaciones de actos administrativos se remitan a los correos electrónicos consignados en el presente formulario.  SI  NO

La firma del solicitante: <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge/ Concubino(a) <input type="checkbox"/> Padre/ Madre no asegurado(a) <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador	USO DE ESSALUD - REFRENDO						
Firma y sello del empleador o Firma del Declarante o Solicitante	Firma y sello de EsSalud						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Tp Dc Id</td> <td style="width: 80%;">Nro documento identidad</td> </tr> </table> </td> <td style="width: 50%;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Tp Dc Id</td> <td style="width: 80%;">Nro documento identidad</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Tp Dc Id</td> <td style="width: 80%;">Nro documento identidad</td> </tr> </table>	Tp Dc Id	Nro documento identidad	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Tp Dc Id</td> <td style="width: 80%;">Nro documento identidad</td> </tr> </table>	Tp Dc Id	Nro documento identidad	NIT Nº Exped.
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Tp Dc Id</td> <td style="width: 80%;">Nro documento identidad</td> </tr> </table>	Tp Dc Id	Nro documento identidad	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Tp Dc Id</td> <td style="width: 80%;">Nro documento identidad</td> </tr> </table>	Tp Dc Id	Nro documento identidad		
Tp Dc Id	Nro documento identidad						
Tp Dc Id	Nro documento identidad						

### DE USO DE ESSALUD

MADRE GESTANTE H. EXTRAMATRIMONIAL	FECHA PROBABLE DEL PARTO	NEONATO	VIGENCIA HASTA	FECHA DE PAGO DEL SUBSIDIO
HIJO MAYOR INCAPACITADO	INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA EL TRABAJO <input type="checkbox"/> Definitiva <input type="checkbox"/> Provisional	PERÍODO DE COBERTURA	VIGENCIA HASTA	MOTIVO DE BAJA TIPO
				FECHA (DESDE):

USUARIO





## FORMULARIO ÚNICO SEGUROS Y PRESTACIONES ECONÓMICAS

 Tipo de Seguro  
(Llenado por EsSalud)

 N° Folio EsSalud  
(Llenado por EsSalud)

**I.- INFORMACIÓN DE ASEGURADO TITULAR**

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CARNET EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/> PASAPORTE	Número
DATOS DEL EMPLEADOR: <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> NCO (N° CORREL DE ORG) <input type="checkbox"/> CIE (COD INSC EMPLEADOR TH)	Número

**II.- SOLICITUD DE REGISTRO**

 Titular  Derechohabiente 

TIPO DE REGISTRO		<input type="checkbox"/> ALTA (INSCRIPCIÓN)	<input type="checkbox"/> CAMBIO (ACTUALIZACIÓN)	<input type="checkbox"/> BAJA (CESE / DESAFILIACIÓN)
(Llenar sólo para registro de derechohabientes)				Número
DATOS DE LA PERSONA A REGISTRAR		<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> ACTA DE NACIMIENTO <input checked="" type="checkbox"/> CARNET EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/> PASAPORTE		
TIPO DE VÍNCULO CON EL ASEGURADO TITULAR		<input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> CONCUBINO <input type="checkbox"/> HIJO MAYOR INCAPACITADO <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> MADRE GESTANTE H. EXTRAMATRIMONIAL		
Primer apellido	Segundo apellido	Apellido casada	Nombre(s)	
Género <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)	Fecha nacimiento	N° Teléfono o Celular	Correo electrónico
<b>DIRECCIÓN (Opcional, cuando es diferente a la dirección de RENIEC o por Actualización)</b>				
Nombre vía (Especificar calle, jirón, avenida, etc)		Número	Departam	Interior
		Manzana	N° Lote	N° Km
		N° Block	N° Etapa	
Nombre Zona (Especificar AAHH, Urb, comunidad)	Departamento	Provincia	Distrito	Referencia

**III.- SOLICITUD DE DERECHO ESPECIAL DE COBERTURA POR DESEMPLEO (LATENCIA)**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE ENTIDAD EMPLEADORA (última)	RUC / NCO / CIE	FECHA DE CESE O SUSPENSIÓN
--	-----------------	----------------------------

**IV.- SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS**
 Pago Directo  Reembolso

Asegurado Titular con vínculo laboral a la fecha de la contingencia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	TIPO DE TRÁMITE	<input type="checkbox"/> Lactancia <input type="checkbox"/> Sepelio <input type="checkbox"/> Maternidad <input type="checkbox"/> Incapacidad
Solicitante o Beneficiario (Apellidos y nombres o razón social)		Documento de Identificación del Solicitante o Beneficiario	
		<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> RUC	Número
CORREO ELECTRÓNICO DEL SOLICITANTE O BENEFICIARIO		FECHA DE INICIO:	FECHA DE FIN:
		DÍAS SUBSIDIADOS	MONTO A SUBSIDIAR

**DECLARACIÓN JURADA:**

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 la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General.

Tratándose de afiliación al Seguro de Salud Agrario Independiente, declara(n) que desarrolla(n) actividades de cultivo, crianza avícola, acuícola y/o agroindustria y los ingresos netos por otras actividades no superan el 20% de ingreso neto anual proyectado que asciende a S/.....

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 a asumir la responsabilidad penal a que hubiere lugar.

 Igualmente, autoriza(n) que las notificaciones de actos administrativos se remitan a los correos electrónicos consignados en el presente formulario.  SI  NO

La firma del solicitante: <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge/Concubino(a) <input type="checkbox"/> Padre/ Madre no asegurado(a) <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador	USO DE ESSALUD - REFRENDO           Firma y sello de EsSalud
Firma y sello del empleador o Firma del Declarante o Solicitante Tp Dc Id      Nro documento identidad      o      Tp Dc Id      Nro documento identidad	NIT  N° Exped.

**DE USO DE ESSALUD**

MADRE GESTANTE H. EXTRAMATRIMONIAL	FECHA PROBABLE DEL PARTO	NEONATO	VIGENCIA HASTA	FECHA DE PAGO DEL SUBSIDIO	
HIJO MAYOR INCAPACITADO	INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA EL TRABAJO <input type="checkbox"/> Definitiva <input type="checkbox"/> Provisional	PERIODO DE COBERTURA	VIGENCIA HASTA	MOTIVO DE BAJA	TIPO
					FECHA (DESDE):



# Instrucciones para llenar el Formulario 1010

¿Cuándo utilizar el Formulario 1010?

El Formulario Único Seguros y Prestaciones Económicas (Formulario 1010) será utilizado para el registro de asegurados titulares y derechohabientes (inscripción, actualización y/o modificación de datos y baja) de los diferentes seguros que administra EsSalud, así como para solicitar el derecho especial de cobertura por desempleo (Latencia). Asimismo, el formulario lo utilizará para solicitar el pago directo de prestaciones económicas de Lactancia, Sepelio, Maternidad o Incapacidad, así como los reembolsos de las prestaciones económicas de maternidad o incapacidad de corresponder.

DISTRIBUCIÓN GRATUITA - PROHIBIDA SU VENTA

**FORMULARIO ÚNICO**  
**SEGUROS Y PRESTACIONES ECONÓMICAS**

Tipo de Seguro (Llenado por EsSalud)    N° Folio EsSalud (Llenado por EsSalud)

<p>Marcar tipo de documento del asegurado titular</p> <p>Marcar tipo de documento del empleador</p> <p>Marcar tipo de registro a realizar (Alta o Baja o Actualización) Simultáneamente puede presentar solicitud de prestaciones económicas utilizando el Rubro III del formulario</p> <p>Marcar la condición del vínculo con relación al asegurado titular</p> <p>Marcar el género de persona a registrar (Femenino = F o Masculino = M)</p> <p>Consigñar tipo de zona urbanización, unidad vecinal, conjunto habitacional, cooperativa, residencial, comunidad etc</p> <p>Consigñar Razón Social y RUC para solicitar Cobertura por Desempleo</p> <p>Consigñar fecha de cese en caso de fin de vínculo laboral o fecha de inicio de licencia sin goce de haber en caso de suspensión perfecta de labores.</p> <p>Consigñar datos del beneficiario o solicitante. En caso de solicitar lactancia consigñar el nombre de la madre y de sepelio consigñar nombre de la persona que realizó el pago de sepelio o gastos funerarios</p> <p>Consigñar monto de ingreso neto proyectado si realiza la afiliación al Seguro de Salud Agrario Independiente</p> <p>Consigñar tipo de vínculo o relación de persona que solicita el procedimiento administrativo con el asegurado titular</p> <p>Solo es obligatorio la firma de la entidad empleadora para solicitudes de subsidio de Maternidad e Incapacidad.</p> <p>Consigñar tipo de documento DNI, CE o Pasaporte</p> <p>Consigñar firma del declarante del registro o solicitante de la prestación económica</p> <p>Casilleros para ser llenado por personal de ESSALUD</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>I.- INFORMACIÓN DE ASEGURADO TITULAR</b></p> <p>DATOS DEL ASEGURADO TITULAR: <input type="checkbox"/> DNI    <input type="checkbox"/> CARNET EXTRANJERÍA    <input type="checkbox"/> PASAPORTE</p> <p>DATOS DEL EMPLEADOR: <input type="checkbox"/> RUC    <input type="checkbox"/> NCO (N° CORREL DE ORG)    <input type="checkbox"/> CIE (COD INSC EMPLEADOR TH)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>II.- SOLICITUD DE REGISTRO</b></p> <p style="text-align: right;">Titular <input type="checkbox"/>    Derechohabiente <input type="checkbox"/></p> <p><b>TIPO DE REGISTRO</b>    <input type="checkbox"/> ALTA (INSCRIPCIÓN)    <input type="checkbox"/> CAMBIOS (ACTUALIZACIÓN)    <input type="checkbox"/> BAJA (BUSE / DESAFILIACIÓN)</p> <p>(Llenar sólo para registro de derechohabientes)</p> <p>DATOS DE LA PERSONA A REGISTRAR <input type="checkbox"/> DNI    <input type="checkbox"/> ACTA DE NACIMIENTO    <input type="checkbox"/> CARNET    <input type="checkbox"/> EXTRANJERÍA    <input type="checkbox"/> PASAPORTE</p> <p><b>TIPO DE VÍNCULO CON EL ASEGURADO TITULAR</b>    <input type="checkbox"/> CÓNYUGE    <input type="checkbox"/> CONCUBINO    <input type="checkbox"/> HIJO MAYOR INCAPACITADO    <input type="checkbox"/> HIJO    <input type="checkbox"/> MADRE GESTANTE H. EXTRAMATRIMONIAL</p> <p>Primer apellido    Segundo apellido    Apellido casada    Nombre (s)</p> <p>Género    Estado civil    Fecha nacimiento    N° Teléfono o Celular    Correo electrónico</p> <p><input type="checkbox"/> F    <input type="checkbox"/> Soltero(a)    <input type="checkbox"/> Viudo(a)    <input type="checkbox"/> M    <input type="checkbox"/> Casado(a)    <input type="checkbox"/> Divorciado(a)</p> <p>Consigñar estado civil de persona a registrar    Consigñar fecha de nacimiento de la persona a registrar    Consigñar preferencia el número teléfono de casa o número celular de la persona a registrar</p> <p><b>DIRECCIÓN (Opcional, cuando es diferente a la dirección de RENIEC o por Actualización)</b></p> <p>Nombre vía (Especificar calle, jirón, avenida, etc)    Número    Departam.    Interior    Manzana    N° Lote    N° Km    N° Block    N° Etapa</p> <p>Nombre zona (Especificar AAHH, Urb, comunidad)    Departamento    Provincia    Distrito    Referencia</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>III.- SOLICITUD DE DERECHO ESPECIAL DE COBERTURA POR DESEMPLEO (LATENCIA)</b></p> <p>NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE ENTIDAD EMPLEADORA (última)    RUC / NCO / CIE    FECHA DE CESE O SUSPENSIÓN</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>III.- SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS</b></p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Pago Directo    <input type="checkbox"/> Reembolso</p> <p>Asegurado Titular con vínculo laboral a la fecha de la contingencia    <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO    <input type="checkbox"/> TIPO DE TRAMITE    <input type="checkbox"/> Lactancia    <input type="checkbox"/> Sepelio    <input type="checkbox"/> Maternidad    <input type="checkbox"/> Incapacidad</p> <p>Solicitante o Beneficiario (Apellidos y nombres o razón social)    Documento de identificación del Solicitante o Beneficiario    TELÉ FONO</p> <p><input type="checkbox"/> DNI    <input type="checkbox"/> CE    <input type="checkbox"/> RUC    Número</p> <p>CORREO ELECTRÓNICO DEL SOLICITANTE O BENEFICIARIO    FECHA DE INICIO    FECHA DE FIN    DÍAS SUBSIDIADOS    MONTO A SUBSIDIAR</p> </div> <p><b>DECLARACIÓN JURADA.</b></p> <p>El/los firmante(s) declaran(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 la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General.</p> <p>Trámite de afiliación al Seguro de Salud Agrario Independiente: <input type="checkbox"/> Incapacidad por actividades de cultivo, crianza avícola, acuícola y/o agroindustria y los ingresos netos por otras actividades no superan el 50% de ingreso neto anual proyectado que accede a ST.</p> <p>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 a asumir la responsabilidad penal a que hubiere lugar.</p> <p>Igualmente, autorizo que las notificaciones de actos administrativos se remitan a los correos electrónicos consignados en el presente formulario.    SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>La firma del solicitante    <input type="checkbox"/> Titular    <input type="checkbox"/> Cónyuge / Concubino (a)    <input type="checkbox"/> Padre / Madre no asegurado (a)    <input type="checkbox"/> Tutor    <input type="checkbox"/> Curador</p> <p>REPRENDO</p> <p>_____ Firma y sellado EsSalud</p> <p>NIT</p> <p>N° Exped</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>DE USO DE ESSALUD</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>MADRE GESTANTE H. EXTRAMATRIMONIAL</td> <td>FECHA PROBABLE DEL PARTO</td> <td>NEONATO</td> <td>VIGENCIA HASTA</td> <td>FECHA DE PAGO DEL SUBSIDIO</td> </tr> <tr> <td>HIJO MAYOR INCAPACITADO</td> <td>INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA EL TRABAJO</td> <td>PERÍODO DE COBERTURA</td> <td>VIGENCIA HASTA</td> <td>MOTIVO DE BAJA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Definitiva    <input type="checkbox"/> Provisional</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>TIPO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>FECHA [DESDE]</td> </tr> </table> </div>	MADRE GESTANTE H. EXTRAMATRIMONIAL	FECHA PROBABLE DEL PARTO	NEONATO	VIGENCIA HASTA	FECHA DE PAGO DEL SUBSIDIO	HIJO MAYOR INCAPACITADO	INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA EL TRABAJO	PERÍODO DE COBERTURA	VIGENCIA HASTA	MOTIVO DE BAJA	<input type="checkbox"/> Definitiva <input type="checkbox"/> Provisional				TIPO					FECHA [DESDE]	<p>Casilleros para ser llenado por personal de ESSALUD</p> <p>Consigñar número de documento de identidad del asegurado titular</p> <p>Consigñar número de documento de identidad de la entidad empleadora. En caso de Solicitud de Latencia no llenar campo.</p> <p>Marcar tipo de documento de la persona a registrar. De ser el mismo asegurado titular no llenar estos datos</p> <p>Consigñar número de documento de identidad de la persona a registrar</p> <p>Consigñar correo electrónico de la persona a registrar</p> <p>Consigñar domicilio del asegurado a registrar en caso es diferente a dirección consignada en DNI</p> <p>Indicar una referencia para ubicar la dirección</p> <p>Marcar la forma de prestaciones económicas de pago directo cuando el pago del monto de la prestación económica sea realizada directamente por ESSALUD al asegurado o beneficiario (Lactancia, Sepelio o por incapacidad temporal o maternidad definidos por Ley o Acuerdo de Consejo Directivo). Asimismo, marcar Reembolso cuando ESSALUD reembolse al empleador por el monto del subsidio por incapacidad temporal o maternidad que ha sido abonado al trabajador en forma oportuna en sus remuneraciones o ingresos</p> <p>Marcar el tipo de trámite; en caso de incapacidad y maternidad consigñar los casilleros fecha de inicio, fecha de fin, días subsidiados y el monto del subsidio</p> <p>Marcar "SI" para autorizar a ESSALUD el envío de notificaciones de los actos administrativos a través de los correos electrónicos consignados en el presente formulario</p> <p>El personal de ESSALUD consignará fecha de pago de subsidio para ser cobrado en entidad bancaria indicada por la Institución</p>
MADRE GESTANTE H. EXTRAMATRIMONIAL	FECHA PROBABLE DEL PARTO	NEONATO	VIGENCIA HASTA	FECHA DE PAGO DEL SUBSIDIO																		
HIJO MAYOR INCAPACITADO	INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA EL TRABAJO	PERÍODO DE COBERTURA	VIGENCIA HASTA	MOTIVO DE BAJA																		
<input type="checkbox"/> Definitiva <input type="checkbox"/> Provisional				TIPO																		
				FECHA [DESDE]																		

- Importante**
- Consigñar los datos de las personas según Documento de Identidad correspondiente. La firma del representante legal o funcionario autorizado de la Entidad Empleadora debe ser idéntica a la consignada en su DNI - RENIEC
  - No consigñar información en los recuadros de "USO ESSALUD".
  - Llenar el Formulario con letra IMPRENTA y LEGIBLE.
  - No se aceptan BORRONES NI ENMENDADURAS.
  - En casos de prestaciones económicas, confirmar el pago con el BBVA al Teléfono 5950000.



## UGEL nº 07

### ARH – EQUIPO DE DESARROLLO Y BIENESTAR DEL TALENTO HUMANO

#### PERSONAL NOMBRADO Y CONTRATADO

#### GASTOS DE SEPELIO DEL TITULAR / LEY 20530 Y/O LEY 1990

- FUT (Formulario único de trámite)
- (2) Formularios N° 1010 "Versión 05" – ESSALUD
- (2) Formularios N° 1010 "Versión 05" – USUARIO
- (2) Formularios N° 1010 "Versión 05" – ESSALUD UPE  
Solicitud de pago directo de prestaciones económicas – ESSALUD – página web – [www.essalud.gob.pe](http://www.essalud.gob.pe), debe ser llenado y firmado en original, igual que su DNI.
- 4 Boletas de pago anteriores a la fecha de fallecimiento del titular (COPIA SIMPLE)
- Partida o acta de defunción (ORIGINAL Y COPIA SIMPLE).
- Certificado o factura de nicho (ORIGINAL)
- Factura de gastos de sepelio (COPIA SIMPLE)
- RDU de nombramiento si esta en actividad (COPIA SIMPLE)
- RDU de cese, si es pensionista (COPIA SIMPLE)
- RDU de contrato año 2016 (COPIA SIMPLE)
- DNI del fallecido y del beneficio (COPIA SIMPLE).

#### PARA EL ARCHIVO DE LA UGEL N° 07

- (1) Formularios N° 1010 "Versión 05" – ESSALUD
- Partida o acta de defunción (COPIA SIMPLE).
- DNI del fallecido y del beneficio (COPIA SIMPLE).
- (1) Formularios N° 1010 "Versión 05" – ESSALUD
- (1) Formularios N° 1010 "Versión 05" – USUARIO
- (1) Formularios N° 1010 "Versión 05" – ESSALUD UPE, formulario único de registro de asegurados, dar de baja al fallecido(a).

#### NOTA.-

- El trámite de gastos de sepelio tiene vigencia, de 6 meses a partir de la fecha de fallecimiento.
- ESSALUD reconoce **S/. 2,070 NUEVOS SOLES**, Por gastos de sepelio.
- Si este trámite, es realizado por terceras personas, es requisito presentar, PODER NOTARIAL, y presentar declaración jurada para la UGEL – 07.

EDBTH

Coord. Diego Tomas Pacheco.

UGEL N° 07 – San Borja

2016







PERÚ

Ministerio  
de Educación

Unidad de Gestión  
Educativa Local 07

Área de Recursos Humanos  
Equipo de Desarrollo y  
Bienestar del Talento Humano

"AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU"

## **REQUISITOS PARA REGISTRAR A LOS DERECHOHABIENTES EN ESSALUD**

PARA REGISTRAR DERECHOHABIENTES SE DEBE LLENAR EL FORMULARIO N° 1010 – VERSIÓN 5 (3COPIAS) Y PRESENTARLO FIRMADO POR EL EMPLEADOR Y EL TITULAR ADJUNTANDO:

### **CÓNYUGE**

- 3 COPIAS DE DNI DEL TITULAR.
- 3 COPIAS DE DNI DEL CÓNYUGE.
- 3 COPIAS DE BOLETAS DE PAGO.
- 3 COPIAS DE DECLARACIÓN JURADA DE CÓNYUGE.
- 3 COPIAS DE ACTA O PARTIDA DE MATRIMONIO CIVIL

### **CONCUBINA (O)**

- 3 COPIAS DE DNI DEL TITULAR.
- 3 COPIAS DE DNI DE LA CONCUBINA.
- 3 COPIAS DE BOLETAS DE PAGO.
- 3 COPIAS DEL RECONOCIMIENTO DE UNIÓN DE HECHO, SEA POR RESOLUCIÓN JUDICIAL O ESCRITURA PÚBLICA.

### **HIJOS MENORES DE EDAD**

- 3 COPIAS DE DNI DEL TITULAR.
- 3 COPIAS DE DNI DEL HIJO.
- 3 COPIAS DE BOLETAS DE PAGO.

### **HIJOS DE MAYOR EDAD INCAPACITADO EN FORMA TOTAL Y PERMANENTE PARA EL TRABAJO**

- 3 COPIAS DE DNI DEL TITULAR.
- 3 COPIAS DE DNI DEL HIJO.
- 3 COPIAS DE PARTIDA DE NACIMIENTO.
- 3 COPIAS DE RESOLUCIÓN DIRECTORAL DE INCAPACIDAD OTORGADA POR ESSALUD. (ESTE DOCUMENTO ES EMITIDO LUEGO DE UNA EVOLUCIÓN MÉDICA SOLICITADA POR EL ASEGURADO TITULAR EN LA AGENCIA Y OFICINA ASEGURAMIENTO DE ESSALUD MAS CERCA DE SU CENTRO DE TRABAJO A NIVEL NACIONAL).

### **GESTANTE DE HIJO EXTRAMATRIMONIAL**

- DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ASEGURADO TITULAR Y DE LA GESTANTE.
- COPIA SIMPLE DE LA ESCRITURA PÚBLICA O DEL TESTAMENTO DEL ASEGURADO QUE ACREDITA RECONOCIMIENTO DEL CONCEBIDO O COPIA SIMPLE DE LA SENTENCIA DE DECLARATORIA DE PATERNIDAD.
- ES UNA CONDICIÓN QUE LA GESTANTE NO SEA ASEGURADA EN ESSALUD.

**2016**

