	POE DE “SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL COLABORADOR POR ENFERMEDAD”	N° de Pág.: 1/7
		POE-HR006-01
		HR
PROCEDIMIENTO		


1. OBJETIVO.-

Establecer acciones y procedimientos para la administración de subsidios por incapacidad temporal para el trabajo por enfermedad.

2. ALCANCES.-

- Todos los colaboradores RPA LATAM. que generen subsidio por enfermedad, esto es, excedan 20 días de descanso médico por enfermedad generados en un año calendario y que tengan tres meses de aportación consecutiva o cuatro no consecutivos dentro de los seis meses calendario anteriores al mes en que se inició la incapacidad.
- En caso de accidente (común o de trabajo) basta que exista afiliación.
- Si un colaborador presentara más de 20 días de incapacidad temporal para el trabajo por enfermedad durante sus tres primeros meses de trabajo en el año, tiene derecho al descanso físico más no al goce del pago del subsidio.
- Los subsidios son montos en dinero que se otorgan a los asegurados como una subvención económica ante una situación de incapacidad temporal por enfermedad.
- Los subsidios por incapacidad temporal se abonan a los trabajadores por medio de su empleador, para ello el colaborador presentará la documentación necesaria a RPA LATAM para que ésta a su vez la presente a EsSalud y solicite el reembolso de lo pagado.
- Documentos y formatos obligatorios para iniciar el trámite de subsidio por enfermedad:
 - Copia de DNI del colaborador
 - Formulario EsSalud – 1040 - correctamente llenado y firmado por el asegurado y la empresa (Anexo 01).
 - Descansos médicos de los primeros 20 días en original.
 - CITT (Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo) del subsidio por enfermedad

Preparado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Fecha de Creación:	Modificado por:	Fecha de Modificación
Bright Katherine Collachagua Rivera	Bright Katherine Collachagua Rivera	Luis Alberto Alvarado Navarro	11/01/22		

	POE DE “SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL COLABORADOR POR ENFERMEDAD”	N° de Pág.: 2/7
		POE-HR006-01
		HR
PROCEDIMIENTO		

- Si se tratara de un subsidio producto de un accidente de trabajo se deberá adjuntar el original del Aviso de Accidente de Trabajo remitido por EsSalud.
- Se otorga el subsidio de enfermedad con la condición de que durante esos períodos el (la) asegurado no realice trabajo remunerado. Todo colaborador que realice actividades remuneradas en el periodo de subsidio se le descontará la suma total por el concepto de subsidio de su planilla.
- En el caso de que el colaborador tenga doble empleador, será de su responsabilidad que su otro empleador lo declare en su planilla como “periodo subsidiado”, de esta manera RPA LATAM no se verá perjudicado en el recupero del subsidio, en caso contrario se sancionará al colaborador con un aviso de desempeño escrito grave.


3. RESPONSABLES.-

HR, Jefaturas y el colaborador implicado.

4. PROCEDIMIENTO.-

- HR comunica al colaborador que ha excedido los 20 días de descanso en el año y pasará a ser subsidiado por EsSalud, entrega el formato 1040 al colaborador para la firma respectiva y adjunta copia del DNI de este.
- Registro del subsidio en el sistema de planillas, teniendo en cuenta las fechas de cierre de planilla, por parte de HR.
- HR envía a Bienestar los CITTs originales de los 20 primeros días, los CITTs a subsidiar, el formato 1040 y la copia del DNI del colaborador.
- HR debe archivar una fotocopia de los documentos enviados a Bienestar para su control.
- La presentación extemporánea del certificado médico no dará derecho al reintegro de los descuentos efectuados.

Preparado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Fecha de Creación:	Modificado por:	Fecha de Modificación
Bright Katherine Collachagua Rivera	Bright Katherine Collachagua Rivera	Luis Alberto Alvarado Navarro	11/01/22		

	POE DE “SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL COLABORADOR POR ENFERMEDAD”	N° de Pág.: 3/7
		POE-HR006-01
		HR
PROCEDIMIENTO		

En caso de hospitalización

- Si el colaborador se encontrara hospitalizado y por política del centro asistencial el descanso médico se emitiera al alta de la hospitalización, el colaborador deberá presentar a la oficina de HR una constancia de hospitalización en un plazo no mayor a 03 (tres) días después de iniciada la misma. Al producirse el alta, deberá de entregar en el mismo plazo, el CITT debidamente sellado por el médico de control que justifique la ausencia por el tiempo que estuvo hospitalizado o en su defecto entregar a HR el cargo de la gestión realizada.

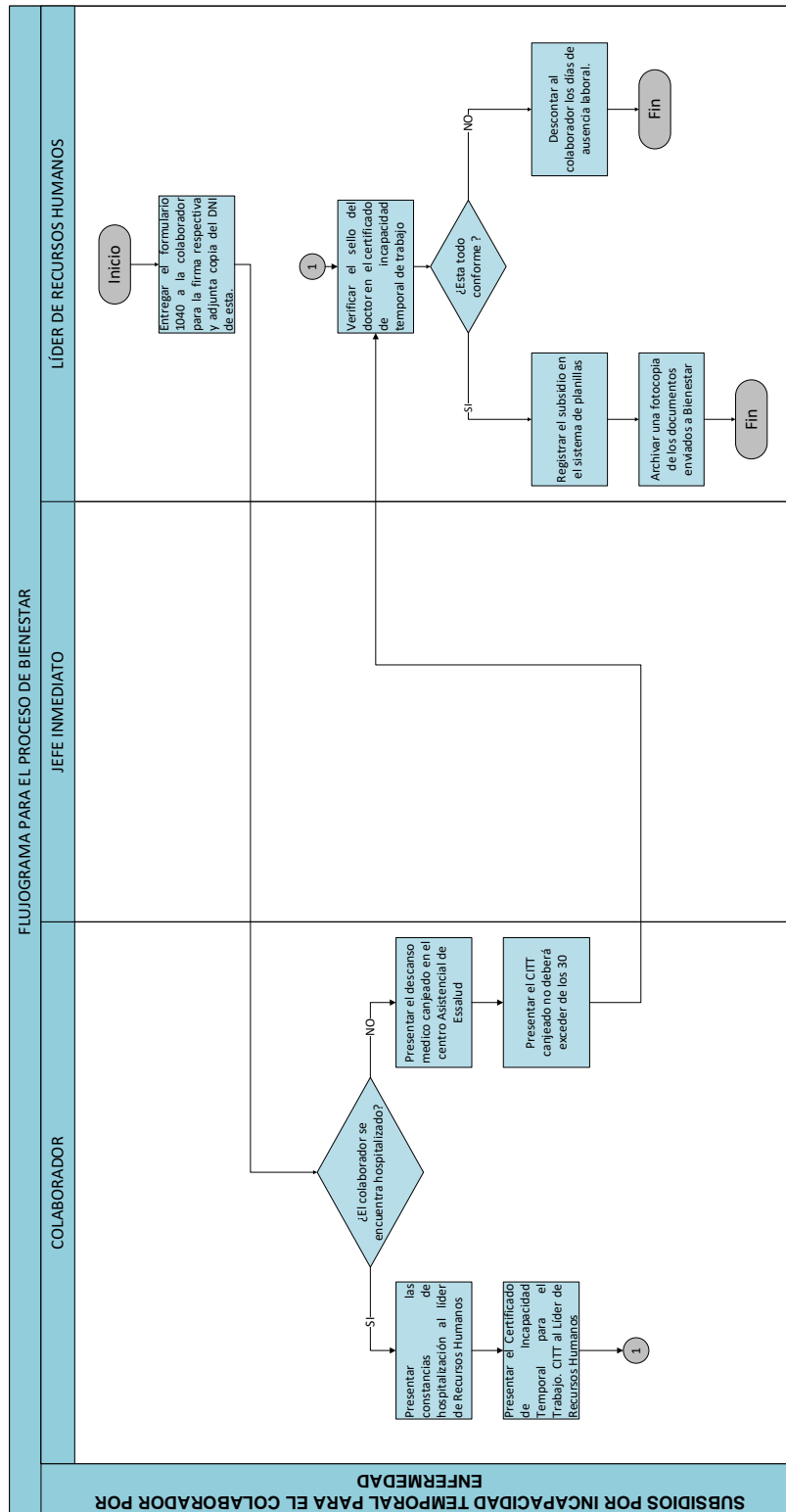
Canje de descansos médicos particulares

- Si el descanso médico a subsidiar es emitido por un médico particular, el colaborador deberá canjearlo en el Centro Asistencial de Essalud que le corresponde portando los requeridos por Essalud por la página de VIVA; salvo casos por enfermedad COVID-19 serán gestionados por HR (Anexo 2):
- La entrega del CITT canjeado no deberá exceder de los 30 (diez) días calendario y deberá contener el sello y la firma del médico de control y/o del director del centro Asistencial EsSalud en caso no existiera el primero.
- Para el caso de los colaboradores que generen subsidios con descansos médicos particulares y no cumplan con el visado de este en el plazo establecido, se procederá a descontarles el monto abonado, previa firma de la carta de descuento (Anexo 03).

Preparado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Fecha de Creación:	Modificado por:	Fecha de Modificación
Bright Katherine Collachagua Rivera	Bright Katherine Collachagua Rivera	Luis Alberto Alvarado Navarro	11/01/22		

PROCEDIMIENTO


5. Flujograma



Preparado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Fecha de Creación:	Modificado por:	Fecha de Modificación
Bright Katherine Collachagua Rivera	Bright Katherine Collachagua Rivera	Luis Alberto Alvarado Navarro	11/01/22		


PROCEDIMIENTO

**ANEXO 01:
FORMATO 1040 - SUBSIDIOS**

		SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS		Formulario 1040 (versión 01)							
I. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR											
DATOS DEL ASEGURADO TITULAR:		<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CARNET DE EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/> PASAPORTE		NÚMERO							
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES							
DATOS DEL EMPLEADOR:		<input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> CIE (COD INSCRIP. EMPLEADOR TRABAJADOR DEL HOGAR TH)		NÚMERO							
CORREO ELECTRÓNICO:		TELÉFONO CONTACTO:									
II. INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO sólo lactancia madre derechohabiente o sepelio (familiar directo)											
DATOS DEL BENEFICIARIO:		<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CARNET DE EXTRANJERÍA		NÚMERO							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES							
CORREO ELECTRÓNICO:		TELÉFONO CONTACTO:									
PARENTESCO (familiar directo): <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> CONCUBINO(A) <input type="checkbox"/> HERMANO(A) <input type="checkbox"/> PADRES <input type="checkbox"/> OTRO: <input type="checkbox"/> TERCERO											
SOLO SI EL BENEFICIARIO ES TERCERO											
NOMBRE DE FAMILIAR QUE AUTORIZA		NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD		FIRMA							
III. SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS:											
				<input type="checkbox"/> PAGO DIRECTO <input type="checkbox"/> REEMBOLSO							
SOLICITUD DE PRESTACIÓN: <input type="checkbox"/> LACTANCIA <input type="checkbox"/> SEPELIO <input type="checkbox"/> INCAPACIDAD TEMPORAL <input type="checkbox"/> MATERNIDAD: 1RA () 2DA () TOTAL ()											
ASEGURADO TITULAR CON VÍNCULO LABORAL A LA FECHA DE CONTINGENCIA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO FECHA CONTINGENCIA: DD/MM/AA FECHA DE CESE: DD/MM/AA											
PERIODO SUBSIDIADO: INICIO DD/MM/AA FIN DD/MM/AA N° DIAS: MONTO S/:											
LLENADO SOLO POR TRABAJADOR DOCENTE: SECTOR: <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> 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	
	DD/MM/AA	DD/MM/AA			DD/MM/AA	DD/MM/AA			DD/MM/AA	DD/MM/AA	
	DD/MM/AA	DD/MM/AA			DD/MM/AA	DD/MM/AA			DD/MM/AA	DD/MM/AA	
	DD/MM/AA	DD/MM/AA			DD/MM/AA	DD/MM/AA			DD/MM/AA	DD/MM/AA	
SEPELIO											
A. Los datos del comprobante a reembolsar son: FACTURA <input type="checkbox"/> BOLETA DE VENTA <input type="checkbox"/> RECIBO POR HONORARIOS <input type="checkbox"/>											
Empresa emisora						Comprobante Pago					
RUC		Razón Social		Serie		N°		F. Emisión		Importe S/	
								DD/MM/AA			
								DD/MM/AA			
B. En el Comprobante de Pago (sustento del gasto) debe obrar el nombre del fallecido.											
C. Los gastos del asegurado titular fallecido:											
<ul style="list-style-type: none"> NO han sido cubiertos por entidades públicas o privadas. NO corresponde a un asegurado obligatorio del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR) fallecido por accidente de trabajo o enfermedad profesional. 											
D. El asegurado titular falleció 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) 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 el numeral 1.7 y 1.16 del Artículo 4º del Título Preliminar del TUO 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/ (.....) como pago de prestaciones económicas, por las cuales la Entidad Empleadora solicita el reembolso.											
¿ESTÁ AFILIADO AL SCTR? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> INCAPACIDAD O FALLECIMIENTO CAUSADO POR UN TERCERO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>											
DIRECCIÓN DEL TITULAR, BENEFICIARIO O EMPLEADOR:											
USO DE LA ENTIDAD EMPLEADORA (EN CAUSO DE MATERNIDAD O INCAPACIDAD TEMPORAL)				USO DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO				USO DE ESSALUD			
..... Firma y Sello de Representante Legal de Entidad Empleadora			 Firma del Asegurado o Beneficiario			 Firma y Sello de EsSalud			
Tipo Doc.: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/>				Tipo Doc.: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/>				N° de NIT o EXP.:			
Número:				Número:				Se adjunta folios.			
Mediante la presente se autoriza la presentación de la solicitud y seguimiento al trámite mismo a											

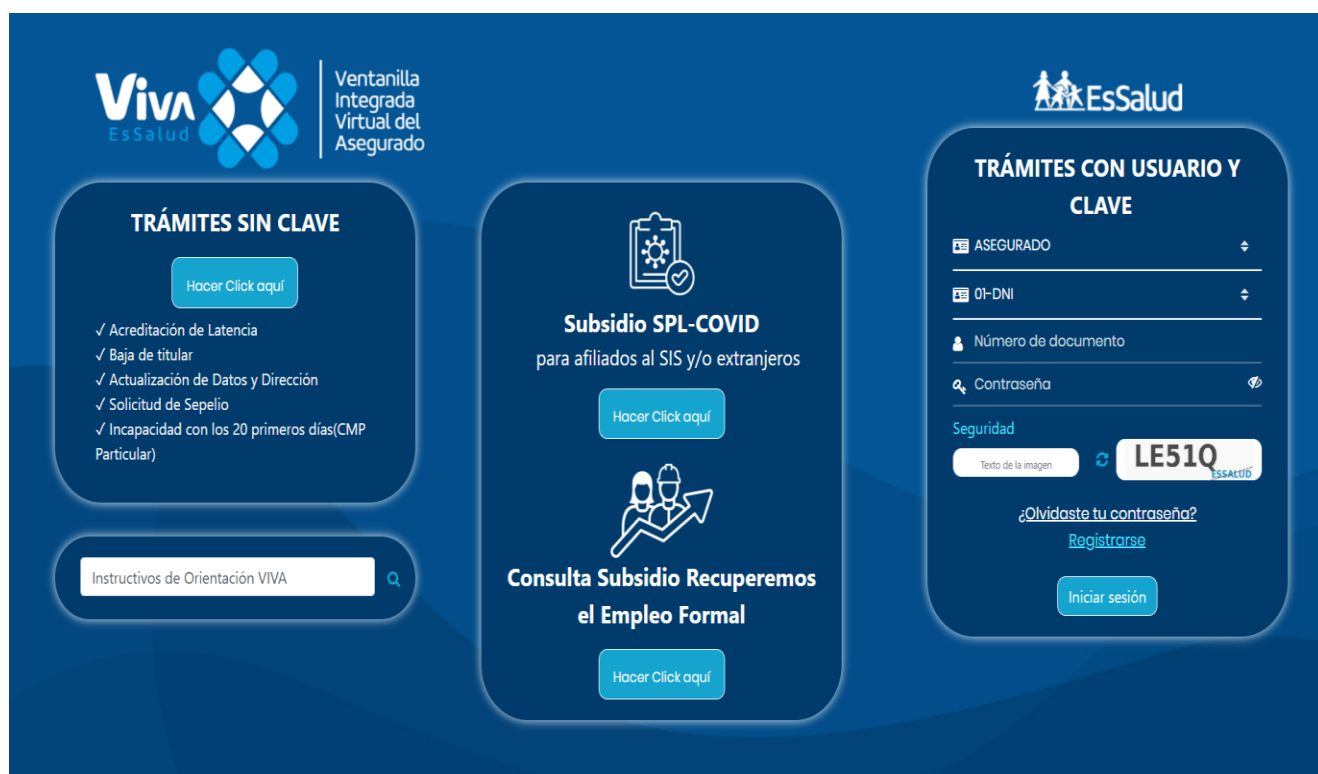
ANEXO 2:

Preparado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Fecha de Creación:	Modificado por:	Fecha de Modificación
Bright Katherine Collachagua Rivera	Bright Katherine Collachagua Rivera	Luis Alberto Alvarado Navarro	11/01/22		

	POE DE “SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL COLABORADOR POR ENFERMEDAD”	N° de Pág.: 6/7
		POE-HR006-01
		HR
PROCEDIMIENTO		

VIVA – ESSALUD

<https://viva.essalud.gob.pe/viva/login>



Viva EsSalud | Ventanilla Integrada Virtual del Asegurado

TRÁMITES SIN CLAVE

Hacer Click aquí

- ✓ Acreditación de Latencia
- ✓ Baja de titular
- ✓ Actualización de Datos y Dirección
- ✓ Solicitud de Sepelio
- ✓ Incapacidad con los 20 primeros días(CMP Particular)

Instructivos de Orientación VIVA

Subsidio SPL-COVID
para afiliados al SIS y/o extranjeros

Hacer Click aquí

Consulta Subsidio Recuperemos el Empleo Formal

Hacer Click aquí

TRÁMITES CON USUARIO Y CLAVE

ASEGURADO

01-DNI

Número de documento

Contraseña

Seguridad

Texto de la imagen

LE51Q

¿Olvidaste tu contraseña?

Registrarse

Iniciar sesión

ANEXO 03:

Preparado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Fecha de Creación:	Modificado por:	Fecha de Modificación
Bright Katherine Collachagua Rivera	Bright Katherine Collachagua Rivera	Luis Alberto Alvarado Navarro	11/01/22		

PROCEDIMIENTO

Carta de la empresa para descuento por pérdida de subsidio

<p>20__</p> <p>Señor _____</p> <p>Presente.-</p> <p>De nuestra consideración:</p> <p>Entre el día ____ de _____ y el día ____ de _____ del 20__ usted dejó de asistir a laborar, justificando dichas inasistencias con un certificado médico particular, no habiendo usted cumplido hasta la fecha con hacernos entrega del certificado de incapacidad temporal para el trabajo (CITT) que debería haber emitido el ESSALUD.</p> <p>No obstante ello, nuestra empresa le abonó subsidios durante todo el referido periodo de supuesta incapacidad para el trabajo, creyendo de buena fe que usted nos entregaría el correspondiente CITT a la brevedad, dado que como usted debe saber, el CITT es el único documento que legalmente respalda al empleador para recuperar de ESSALUD los subsidios que pagan a sus trabajadores durante el tiempo que se encuentren incapacitados para trabajar.</p> <p>En vista de que hasta la fecha usted no ha cumplido con hacernos entrega del correspondiente CITT, concluimos que es imposible que usted consiga tal documento, teniendo en cuenta el tiempo transcurrido. Ello significa que el pago del subsidio que efectuamos a favor suyo constituye un pago indebido, sujeto a lo dispuesto por el artículo 1267 del Código Civil, ya que por error de hecho y de derecho le hemos abonado los referidos subsidios, cuando ello no correspondía legalmente.</p> <p>En consecuencia, y en aplicación de lo dispuesto por la referida norma legal, que nos autoriza a recuperar los pagos indebidos que hayamos efectuado, vamos a descontarle el importe de los referidos subsidios que usted no debió percibir, del monto de sus remuneraciones futuras, a razón de S/._____ mensuales, hasta agotar el importe total que usted ha percibido indebidamente por concepto de subsidios.</p> <p>Atentamente,</p>	<p style="text-align: right;">Lima, ____ de _____ de</p>
---	--

Preparado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Fecha de Creación:	Modificado por:	Fecha de Modificación
Bright Katherine Collachagua Rivera	Bright Katherine Collachagua Rivera	Luis Alberto Alvarado Navarro	11/01/22		