

N° de Pág.: 1/7
POE-HR007-01
HR

### **PROCEDIMIENTO**

#### 1. OBJETIVO.-

Establecer acciones y procedimientos para la administración de subsidios por incapacidad temporal por maternidad.

### 2. ALCANCES.-

- Las colaboradoras gestantes tienen derecho a 98 días de licencia con goce de haber por concepto de descanso pre y post natal. Estos 98 días corresponden a los 49 días antes y 49 días después de la fecha probable de parto; en el caso de partos múltiples se le otorgará 30 días más de licencia con goce de haber.
- Los subsidios son montos en dinero que se otorgan a las aseguradas como una subvención económica por incapacidad temporal por maternidad.
- Son requisitos para que la colaboradora gestante tenga su licencia por maternidad con goce de haber los siguientes: La colaboradora gestante debe haber ingresado a laborar a Sodimac como mínimo un mes antes del mes de la concepción o tener aportes por un empleador al momento de la concepción además debe tener tres meses de aportación consecutiva o cuatro no consecutivos dentro de los seis meses calendario anteriores al mes en que se inicia el periodo de licencia por maternidad.
- En caso no se cumpla uno de los requisitos la colaboradora tiene derecho al descanso físico mas no al goce de remuneraciones por ese período. Estos 98 días de descanso físico son irrenunciables.
- Para hacer uso de esta licencia la colaboradora deberá presentar el descanso médico emitido por EsSalud en la semana 34 de gestación (7 meses y medio) e iniciar su descanso físico en este periodo.
- Si se tratara de licencia sin goce de haber podrá presentar el descanso médico emitido por el centro de atención médica al que acude.
- Documentos para presentar por la colaboradora:
  - Copia DNI de la colaboradora
  - o Formulario 1040 de EsSalud

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



N° de Pág.: 2/7 POE-HR007-01 HR

## PROCEDIMIENTO

- CITT (Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo) expedido por EsSalud – Copia "usuario" debidamente sellado.
- Se otorga el subsidio de maternidad con la condición de que durante esos períodos la asegurada no realice trabajo remunerado. Toda colaboradora que realice actividades remuneradas en el periodo de subsidio por maternidad pierde el derecho al pago del subsidio.
- En el caso de que la colaboradora tenga doble empleador, será de su responsabilidad que su otro empleador la 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 a la colaboradora con un aviso de desempeño escrito grave.

### 3. RESPONSABLES.-

HR, Jefaturas y la colaboradora implicada.

### 4. PROCEDIMIENTO .-

- La colaboradora inicia el trámite para la obtención del CITT de los 98 días de descanso medico ante EsSalud en el 7mo mes de gestación y deberá presentar a HR el descanso médico emitido por EsSalud antes del inicio del período de licencia, es decir en la semana 34 (7 meses y medio de gestación).
- HR le entrega el formulario 1040 a la colaboradora para la firma respectiva y adjunta copia del DNI de esta.
- Registro del subsidio en el sistema de planillas, teniendo en cuenta las fechas de cierre de planilla, por parte de HR.
- HR ingresará por VIVA Essalud el CITT por maternidad, el formulario 1040 y la copia del DNI de la colaboradora, así mismo informa mediante un correo electrónico el envío de éstos. Así mismo, archiva una fotocopia de los documentos enviados para su control.

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



N° de Pág.: 3/7
POE-HR007-01
HR

### PROCEDIMIENTO

 HR envía un correo dando la conformidad de lo recibido o las observaciones respectivas si hubiera.

### Canje de descansos médicos particulares

- Si el descanso médico a subsidiar es emitido por un médico particular, la colaboradora deberá canjearlo en el Centro Asistencial de Essalud que le corresponde por la plataforma Essalud – VIVA.
- La entrega del CITT canjeado no deberá exceder de los 20 (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 la colaboradora 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
Brighit Katherine Collachagua Rivera	Brighit Katherine Collachagua Rivera	Luis Alberto Alvarado Navarro	11/01/22		

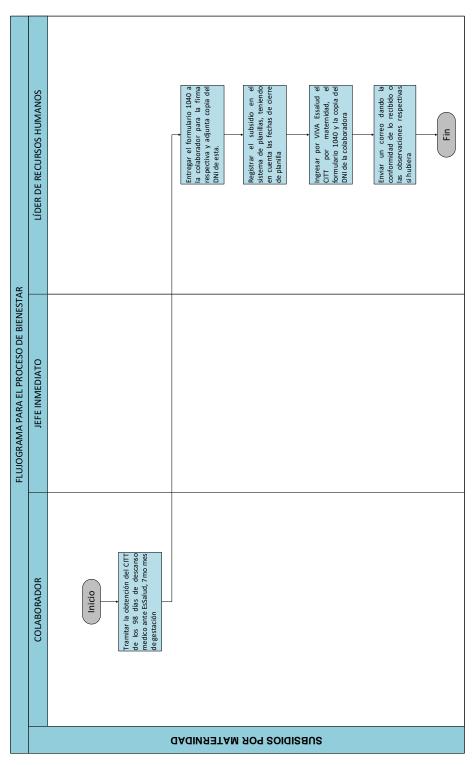


N° de Pág.: 4/7 POE-HR007-01

HR

### **PROCEDIMIENTO**

## 5. Flujograma



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



N° de Pág.: 5/7 POE-HR007-01

HR

## PROCEDIMIENTO

### **ANEXO 01:**

### FORMATO 1040 - SUBSIDIOS POR MATERNIDAD

7 10 1	<u></u> EsS	alud	) ( s	OLICITU	D DE F	PRESTACI	ONES E	CONÓMI	CAS	Formula (versi	rio 1040 ón 01)	
I. INFORM	ACIÓN DEL AS	EGURADO TI	TULAR									
	ASEGURADO TIT			ARNET DE EXTR	ANJERÍA [	PASAPORTE		I	NÚM	ERO		
	APELLIDO I	PATERNO			APELLI	DO MATERNO			NONI	IRES		
DATOS DEL E	MPLEADOR:	RUC	CIE (COD IN	SCRIP. EMPLEAD	OR TRABAJ	ADOR DEL HOGAR	TH)		NÚM	ERO		
CORREO ELEC	TRÓNICO:						TELÉFONO	CONTACTO:				
II. INFORM	ACIÓN DEL BE	ENEFICIARIO	sólo lactancia	madre derech	ohabiente	e o sepelio (fam	iliar directo)					
DATOS DEL B	ENEFICIARIO:	DNI [	CARNET D	EXTRANJERÍA					NÚM	CRO		
	PRIMER A	PELLIDO			SEGUN	IDO APELLIDO			NOM	IRES		
CORREO ELEC	TRÓNICO:						TELÉFONO	CONTACTO:				
PARENTESCO	(familiar directo	): CÓN	IYUGE	CONCUBINO(A)	HE	RMANO(A)	PADRES	OTRO:		TE	RCERO	
SOLO SI EL B	ENEFICIARIO ES	TERCERO										
	NOMBRE DE FAMILI	AR QUE AUTORIZA		A	IÚMERO DE DOC	CADITIVIDI ID OTKINU			RRI	MA.		
II. SOLICI	TUD DE PRES	STACIONES	ECONÓMICA	S:				PAGO D	RECTO	REEME	IOLSO	
SOLICITUD D	E PRESTACIÓN:	LACTA	NCIA S	EPELIO	INCAPACID/	AD TEMPORAL		MATERNIDAD:	1RA( )	2DA( ) TO	TAL( )	
ASEGURADO TI	TULAR CON VÍNCUI	LO LABORAL A LA	FECHA DE CONTIN	GENCIA:	SI 🗌	NO FECHA	CONTINGENCIA			A DE CESE: DD/M	W/AA	
PERIODO SUE		NICIO DD/M		FIN DD/MM/A	\A.	N° DIAS:		MONTOS	V .			
LENADO SO	LO POR TRABAJA	DOR DOCENTE	SEC	TOR:	☐ PR	RIVADO	☐ PÚBL	ico				
V. INFOR	MACIÓN CO	MPLEMENT	ARIA									
20 PRIME	ROS DÍAS (CE	RTIFICADO	MÉDICOS F	ARTICULAR	es y/o cn	TT) SOLO INCA	PACIDAD 1	EMPORAL				
	PERIO					RIODO DE				DO DE	N* DIAS	
N* C.M.P	DESCA		N* DIAS	N° C.M.P		ESCANSO	N* DIAS	N° C.M.P		ANSO		
	DEL	AL			DEL	AL			DEL	AL		
	DO/MM/AA	DD/MM/AA			роуммуни	DO/MAGAA	-	-	DO/MM/AA	DO/MM/NA		
	DD/MM/OA	DO/MM/AA			DOYNMANA	A DO/MAUAA		┦——	DO/MM/AA	DO/MM/NA		
	DD/MM/DA	DO/MM/AA			DO/MM/OU	DO/MAQAA			DO/MM/AA	DO/MM/RA		
SEPELIO												
<ul> <li>A. Los dat</li> </ul>	os del compro	bante a reem	bolsar son:	FACTURA		BOLETA DE VEN	TA	RECIBO POR HO				
		Empresa	emisora					Comprob				
R	uc		Razón	Social		Serie	N°	F. Em		Impo	Importe S/	
						$\rightarrow$		DD/M DD/M				
3. En el C	omprobante de	e Pago (suster	nto del gasto)	debe obrar el i	nombre de	el fallecido.			my rox			
C. Los gas  NC  NC  pro  D. El aseg  Muerte	ofesional. urado titular fa Natural	ado titular fall iertos por enti a un asegura alleció por: ( )	lecido: idades pública do obligatorio Muerte por A	s o privadas. del Seguro Co ccidente de Tr	mplement abajo o En		sional	CTR) fallecido po		e trabajo o ení	ermedad	
C. Los gas  NC  NC  Por  D. El aseg Muerte Muerte  El (los) firr sujeta al p Administr  Administr  Administr  Para Subsi  (	tos del asegura ) han sido cubio ) corresponde ofesional.  urado titular fa : Natural : Súbita y/o Vio  mante(s) declara rincípio de vera cativo General tivo General , tiene conocimios, así como así	ado titular fallertos por enti a un asegurar alleció por: ( ) olenta (Incluy a(n) bajo juram cidad y fiscaltza 7444. umir la respon nidad o Incaj	ecido: dades pública do obligatorio  Muerte por A e Accidente de ento que la infición posterior e comprobarse fa tabilidad penal pacidad Temp solicita el re-	s o privadas. del Seguro Co ccidente de Tri t Tránsito y Da ormación consig- stablecida en el elsedad en la de a que hubiere i poral. Declaro	mplement abajo o En ño causadi gnada y la d numeral 1. claración, li ugar.	fermedad Profe o por tercero) ( focumentación qu 7 y 1.16 del Arti nformación o doc	e se adjunta culo 4º del 1 umentación precibido de	a la presente decla litulo Preliminar c resentada, se en mi empleador e ) como pa	r accidente di pración es verdi lel TUO de la quentra obligad l'importe de go de prest	adera, no es ad Ley de Proced do(a) a resarcir	ulterada, filmiento los daños	
C. Los gas  NC  NC  NC  POR  POR  El (los) firris  Sujeta al p  Administri  Asimismo  ocasionad  Para Subsi  Comportas cua  ESTÁ APILIA  DIRECCIÓN	tos del aseguri to an ido cubi corresponde ofesional. urado titular fa Natural Súbita y/o Vio mante(s) declarar rincípio de vera ativo General 22 t, tiene conocimios, así como asi dio de Materi les la Entidad DO AL SCTR? DEL TITULAR,	ado titular fallertos por enti a un asegura alleció por: ( ) olenta (Incluya a(n) bajo juram cidad y fiscaliza 7444. lento que, de umir la respon nidad o inca;  Empleadora SI BENEFICIARIO	lecido: idades pública do obligatorio  Muerte por A e Accidente de ento que la infición posterior e comprobarse fatabilidad penal pacidad Tempo sollicita el re- NO  O EMPLEADO	s o privadas.  del Seguro Co  ccidente de Tr.  Tránsito y Da  ormación consig- stablecida en el  sisedad en la de  a que hubiere i  ooral. Declaro  o michas  sinCA  R:	mplement abajo o Eni ño causadi gnada y la d numeral 1. claración, ir ugar. b bajo jura	fermedad Profe o por tercero) ( focumentación qu. 7 y 1.16 del Arti información o doc imento que he	sional )  e se adjunta culo 4º del 1  umentación p recibido de	a la presente decla litulo Preliminar c resentada, se en mi empleador e ) como pa	r accidente di rración es verde lel TUO de la cuentra obligar Il importe de go de prest si h	adera, no es ad Ley de Procei do(a) a resarcir S/aciones econ	ulterada, fimiento los daños	
C. Los gas  NO  NO  Por  Por  Bi los first  Bi los first  Sujeta al p  Administr  Asimismo  ocasionad  Para Subsi  (	tos del aseguri to a la cubi corresponde ofesional. urado titular fa s Natural s Súbita y/o Vic mante(s) declara- rincipio de vera- ativo General 22, tiene conocimios, así como asi dio de Materi les la Entidad DO AL SCTR?	ado titular fallertos por enti a un asegura alleció por: ( ) olenta (Incluya a(n) bajo juram cidad y fiscaliza 7444. lento que, de umir la respon nidad o inca;  Empleadora SI BENEFICIARIO	lecido: idades pública do obligatorio  Muerte por A e Accidente de ento que la infición posterior e comprobarse fatabilidad penal pacidad Tempo sollicita el re- NO  O EMPLEADO	s o privadas.  del Seguro Co  ccidente de Tr.  Tránsito y Da  ormación consig- stablecida en el  sisedad en la de  a que hubiere i  ooral. Declaro  o michas  sinCA  R:	mplement abajo o Eni ño causadi gnada y la d numeral 1. claración, ir ugar. b bajo jura	fermedad Profe o por tercero) ( focumentación qu 7 y 1.16 del Arti información o doc mento que he	sional )  e se adjunta culo 4º del 1  umentación p recibido de	a la presente decla litulo Preliminar c resentada, se en mi empleador e ) como pa	r accidente di rración es verde lel TUO de la cuentra obligar Il importe de go de prest si h	adera, no es ad Ley de Procedo(a) a resarcir S/aciones econ	ulterada, filmiento los daños	

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



N° de Pág.: 6/7

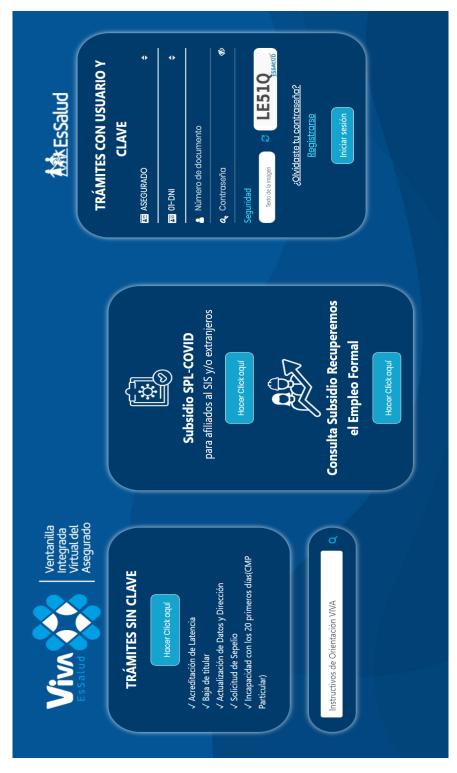
POE-HR007-01

HR

### **PROCEDIMIENTO**

### **ANEXO 2:**

## VIVA - ESSALUD (https://viva.essalud.gob.pe/viva/login)



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



N° de Pág.: 7/7

POE-HR007-01

HR

## PROCEDIMIENTO

### **ANEXO 03:**

## Carta de la empresa para descuento por pérdida de subsidio

20	Lima,	de	de
20			
Señor			
Presente			
De nuestra consideración:			
Entre el día de y e asistir a laborar, justificando dichas no habiendo usted cumplido hasta incapacidad temporal para el trabajo	inasistencias con un la fecha con hacerr	certificado me nos entrega de	édico particular, el certificado de
No obstante ello, nuestra empresa de supuesta incapacidad para el entregaría el correspondiente CITT el CITT es el único documento que de ESSALUD los subsidios que pa encuentren incapacitados para traba	trabajo, creyendo d a la brevedad, dado e legalmente respalda agan a sus trabajado	de buena fe que como ust al empleador	que usted nos ed debe saber, para recuperar
En vista de que hasta la fecha u correspondiente CITT, concluimos o teniendo en cuenta el tiempo transo efectuamos a favor suyo constituy artículo 1267 del Código Civil, ya abonado los referidos subsidios, cua	que es imposible que currido. Ello significa re un pago indebido, que por error de he	usted consiga que el pago d sujeto a lo d echo y de der	tal documento, lel subsidio que ispuesto por el echo le hemos
En consecuencia, y en aplicación d autoriza a recuperar los pagos descontarle el importe de los refemonto de sus remuneraciones futul agotar el importe total que uste subsidios.	indebidos que hay eridos subsidios que ras, a razón de <b>S/.</b>	/amos efectua usted no deb ma	ado, vamos a pió percibir, del ensuales, hasta
Atentamente,			

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