

**DISTRIBUCIÓN GRATUITA - PROHIBIDA SU VENTA**



**SOLICITUD DE REEMBOLSO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS**

USO ESSALUD	
N° Expediente	

USO ESSALUD	
Folios	

**I. DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA**

Nombre ó Razón Social		Dirección	
N° de RUC		Sector Público (pago de aportes a cargo del MEF) <input type="checkbox"/>	Teléfono

**II. DATOS DEL ASEGURADO**

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
Documento de Identidad	Tipo	Número	N° Autogenerado	Teléfono Personal	Tipo de Asegurado Regular <input type="checkbox"/> Agrario <input type="checkbox"/>
Permanencia Laboral					
Fecha Ingreso	Día	Mes	Año	Fecha Cese	Día Mes Año
Cuatro últimas remuneraciones inmediatamente anteriores a la contingencia (no incluye gratificaciones ni bonificación por vacaciones)					
Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año
S/.		S/.		S/.	

**III. 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"/>		

**IV. CÁLCULO DE LA PRESTACIÓN A REEMBOLSAR A LA ENTIDAD EMPLEADORA**

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

**V. DECLARACIÓN JURADA DEL ASEGURADO**

Declaro bajo juramento haber recibido de mi empleador el importe de S/ ..... Son (.....) ..... como pago de prestaciones económicas, por las cuales la entidad empleadora solicita el reembolso. Asimismo, que los datos y la documentación que se adjunta a la presente son verdaderos, sujetándome a verificación posterior y a las sanciones a que hubiere lugar

\_\_\_\_\_

Firma del Asegurado

**VI. DECLARACIÓN JURADA DE LA ENTIDAD EMPLEADORA**

Declaro bajo juramento que los datos y la documentación que se adjunta a la presente son verdaderos. Como empleador declaro 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 o enfermedad profesional, éstos no se produjeron por nuestra negligencia, sujetándome a verificación posterior y a las sanciones a que hubiere lugar.

\_\_\_\_\_

Firma y Sello de la Entidad Empleadora

\_\_\_\_\_

Firma y Sello de Recepción

**NO SE ACEPTAN BORRONES NI ENMENDADURAS**

**ESSALUD**

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

Se adjunta a la presente solicitud los documentos ó Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo CITT por los primeros 20 días a cargo de la entidad empleadora, de conformidad con el artículo 12º de la Ley N° 26790 y/o CITT a partir del vigésimo primer día de incapacidad, según detalle :

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			

Total de días

**INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO 8001**

**¿Cuándo utilizo este formulario?**

Este formulario lo utilizará la entidad empleadora cuando solicite el reembolso de las prestaciones económicas por Incapacidad Temporal ó Maternidad, según sea el caso.

**¿Cómo lleno el formulario?**

En el formulario deben registrarse los datos de la entidad empleadora y del asegurado según corresponda, siguiendo las instrucciones siguientes :

**I. DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA**

- Consigne el nombre o razón social, dirección y teléfono de la entidad empleadora.
- Consigne el N° de RUC y sólo en caso de pertenecer al Sector Público y sus aportaciones se encuentren a cargo del MEF, indicarlo en el recuadro correspondiente.

**II. DATOS DEL ASEGURADO**

- Consigne el apellido paterno, apellido materno y nombres del asegurado.
- Consigne el tipo de documento de identidad, según la codificación siguiente :  
(1) LE o DNI (2) Carné de Fuerzas Policiales (3) Carné de Fuerzas Armadas (4) Carné de Extranjería (7) Pasaporte (8) Doc. provisional de identidad (DPI)  
Asimismo consigne el número de documento de identidad, número autogenerated, el teléfono personal, el tipo de asegurado, fecha de ingreso y cese (consigne el año en cuatro dígitos), en caso no haya cesado consigne la frase "continua".
- Consigne el mes y el año y el importe de las cuatro últimas remuneraciones inmediatamente anteriores a la contingencia (sin incluir gratificaciones ni bonificación por vacaciones)

**III. INFORMACIÓN SOBRE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA**

- Indique el tipo de prestación que corresponda y el banco establecido por ESSALUD para el giro de la orden de pago o cheque.

**IV. CÁLCULO DE LA PRESTACIÓN A REEMBOLSAR A LA ENTIDAD EMPLEADORA**

- Consigne la información que sustenta el monto a pagar por la prestación solicitada, el importe total se consignará sin céntimos con redondeo al sol, si es igual o mayor a 0.50.

**V. DECLARACIÓN JURADA DEL ASEGURADO**

- Consigne el importe pagado por la entidad empleadora en números y letras con referencia a las prestaciones económicas por las cuales solicita el reembolso. Asimismo consignar la firma del asegurado.

**VI. DECLARACIÓN JURADA DE LA ENTIDAD EMPLEADORA**

- Consigne la firma y sello de la entidad empleadora.

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

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

**VIII. OBSERVACIONES**

Si tuviera más de un empleador dentro del periodo de los cuatro meses calendarios anteriores a la contingencia, deberá llenar un formulario por cada empleador.

**OBSERVACIONES (USO ESSALUD)**

**FECHA DE PROGRAMACIÓN DE PAGO**

--	--	--	--

**DISTRIBUCIÓN GRATUITA - PROHIBIDA SU VENTA**



**SOLICITUD DE REEMBOLSO  
DE PRESTACIONES ECONÓMICAS**

USO ESSALUD

N° Expediente \_\_\_\_\_

USO ESSALUD

Folios \_\_\_\_\_

**I. DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA**

Nombre ó Razón Social _____		Dirección _____	
N° de RUC _____	Sector Público (pago de aportes a cargo del MEF) <input type="checkbox"/>		Teléfono _____

**II. DATOS DEL ASEGURADO**

Apellido Paterno _____		Apellido Materno _____		Nombres _____			
Documento de Identidad	Tipo	Número	N° Autogenerado	Teléfono Personal	Tipo de Asegurado		
					Regular <input type="checkbox"/> Agrario <input type="checkbox"/>		
Permanencia Laboral							
Fecha Ingreso	Día	Mes	Año	Fecha Cese	Día	Mes	Año
Cuatro últimas remuneraciones inmediatamente anteriores a la contingencia (no incluye gratificaciones ni bonificación por vacaciones)							
Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año
S/.		S/.		S/.		S/.	

**III. 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"/>	_____

**IV. CÁLCULO DE LA PRESTACIÓN A REEMBOLSAR A LA ENTIDAD EMPLEADORA**

Del	Día	Mes	Año	Días Subsidiados	Subsidio Diario	Importe Total (sin céntimos) S/.
	_____	_____	_____			
Al	Día	Mes	Año	Importe Total en letras _____		
_____	_____	_____	_____			
_____ Calificador				_____ Revisor		

**V. DECLARACIÓN JURADA DEL ASEGURADO**

Declaro bajo juramento haber recibido de mi empleador el importe de S/ ..... Son (.....) .....) como pago de prestaciones económicas, por las cuales la entidad empleadora solicita el reembolso. Asimismo, que los datos y la documentación que se adjunta a la presente son verdaderos, sujetándome a verificación posterior y a las sanciones a que hubiere lugar

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado

**VI. DECLARACIÓN JURADA DE LA ENTIDAD EMPLEADORA**

Declaro bajo juramento que los datos y la documentación que se adjunta a la presente son verdaderos. Como empleador declaro 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 o enfermedad profesional, éstos no se produjeron por nuestra negligencia, sujetándome a verificación posterior y a las sanciones a que hubiere lugar.

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello de la Entidad Empleadora

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello de Recepción

**NO SE ACEPTAN BORRONES NI ENMENDADURAS**

**USUARIO**

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

Se adjunta a la presente solicitud los documentos ó Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo CITT por los primeros 20 días a cargo de la entidad empleadora, de conformidad con el artículo 12° de la Ley N° 26790 y/o CITT a partir del vigésimo primer día de incapacidad, según detalle :

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			

Total de días

**INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO 8001**

**¿Cuándo utilizo este formulario?**

Este formulario lo utilizará la entidad empleadora cuando solicite el reembolso de las prestaciones económicas por Incapacidad Temporal ó Maternidad, según sea el caso.

**¿Cómo lleno el formulario?**

En el formulario deben registrarse los datos de la entidad empleadora y del asegurado según corresponda, siguiendo las instrucciones siguientes :

**I. DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA**

- Consigne el nombre o razón social, dirección y teléfono de la entidad empleadora.
- Consigne el N° de RUC y sólo en caso de pertenecer al Sector Público y sus aportaciones se encuentren a cargo del MEF, indicarlo en el recuadro correspondiente.

**II. DATOS DEL ASEGURADO**

- Consigne el apellido paterno, apellido materno y nombres del asegurado.
- Consigne el tipo de documento de identidad, según la codificación siguiente :  
(1) LE o DNI (2) Carné de Fuerzas Policiales (3) Carné de Fuerzas Armadas (4) Carné de Extranjería (7) Pasaporte (8) Doc. provisional de identidad (DPI)  
Asimismo consigne el número de documento de identidad, número autogenerated, el teléfono personal, el tipo de asegurado, fecha de ingreso y cese (consigne el año en cuatro dígitos), en caso no haya cesado consigne la frase "continua".
- Consigne el mes y el año y el importe de las cuatro últimas remuneraciones inmediatamente anteriores a la contingencia (sin incluir gratificaciones ni bonificación por vacaciones)

**III. INFORMACIÓN SOBRE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA**

- Indique el tipo de prestación que corresponda y el banco establecido por ESSALUD para el giro de la orden de pago o cheque.

**IV. CÁLCULO DE LA PRESTACIÓN A REEMBOLSAR A LA ENTIDAD EMPLEADORA**

- Consigne la información que sustenta el monto a pagar por la prestación solicitada, el importe total se consignará sin céntimos con redondeo al sol, si es igual o mayor a 0.50.

**V. DECLARACIÓN JURADA DEL ASEGURADO**

- Consigne el importe pagado por la entidad empleadora en números y letras con referencia a las prestaciones económicas por las cuales solicita el reembolso. Asimismo consignar la firma del asegurado.

**VI. DECLARACIÓN JURADA DE LA ENTIDAD EMPLEADORA**

- Consigne la firma y sello de la entidad empleadora.

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

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

**VIII. OBSERVACIONES**

- Si tuviera más de un empleador dentro del periodo de los cuatro meses calendarios anteriores a la contingencia, deberá llenar un formulario por cada empleador.

**OBSERVACIONES (USO ESSALUD)**

**FECHA DE PROGRAMACIÓN DE PAGO**

--	--	--	--

**DISTRIBUCIÓN GRATUITA - PROHIBIDA SU VENTA**



**SOLICITUD DE PAGO DIRECTO  
DE PRESTACIONES ECONÓMICAS**

USO ESSALUD	
N° Expediente	

USO ESSALUD	
Folios	

**I. DATOS DEL ASEGURADO**

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
Dir. : Av. / Jr. / Calle / Block / Carretera / Malecón / Plaza			N°/Km/Mz/Int/Dpto/Lote		Provincia
Documento de Identidad	Tipo	Número		N° Autogenerado	
Teléfono Personal	Tipo de asegurado (Ver Tabla 1)			Permanencia Laboral	
				Fecha Ingreso	Día
Fecha Cese					
Cuatro últimas remuneraciones inmediatamente anteriores a la contingencia (no incluye gratificaciones ni bonificación por vacaciones)					
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 ó 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 - TUTOR**

DATOS DEL BENEFICIARIO - TUTOR (Para prestación por Lactancia ó Sepelio)				
Apellidos y Nombres ó Razón Social		Teléfono	Documento de Identidad	
			Tipo	Número
DATOS DEL LACTANTE (Sólo para prestación por Lactancia)				
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	N° Autogenerado	

**Firma y Sello de la Entidad Empleadora**

Como empleador declaro bajo juramento que los datos y la documentación que se adjunta a la presente son verdaderos. Como empleador declaro 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, sujetándome a verificación posterior y a las sanciones a que hubiere lugar.

**Firma del Asegurado / Beneficiario**

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

**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 ENMENDATURAS**

**USUARIO**



**DISTRIBUCIÓN GRATUITA - PROHIBIDA SU VENTA**



**SOLICITUD DE PAGO DIRECTO  
DE PRESTACIONES ECONÓMICAS**

USO ESSALUD	
N° Expediente	

USO ESSALUD	
Folios	

**I. DATOS DEL ASEGURADO**

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
Dir. : Av. / Jr. / Calle / Block / Carretera / Malecón / Plaza			N°/Km/Mz/Int/Dpto/Lote		Provincia
Documento de Identidad	Tipo	Número		N° Autogenerado	
Teléfono Personal	Tipo de asegurado (Ver Tabla 1)			Permanencia Laboral	
				Fecha Ingreso	Día
				Fecha Cese	
Cuatro últimas remuneraciones inmediatamente anteriores a la contingencia (no incluye gratificaciones ni bonificación por vacaciones)					
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 ó 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 - TUTOR**

DATOS DEL BENEFICIARIO - TUTOR (Para prestación por Lactancia ó Sepelio)				
Apellidos y Nombres ó Razón Social		Teléfono	Documento de Identidad	
			Tipo	Número
DATOS DEL LACTANTE (Sólo para prestación por Lactancia)				
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	N° Autogenerado	

**Firma y Sello de la Entidad Empleadora**  
 Como empleador declaro bajo juramento que los datos y la documentación que se adjunta a la presente son verdaderos. Como empleador declaro 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, sujeta a una verificación posterior y a las sanciones a que hubiere lugar.

**Firma del Asegurado / Beneficiario**  
 Como asegurado/beneficiario declaro bajo juramento que los datos y la documentación que se adjunta a la presente son verdaderos, sujeta a una verificación posterior y a las sanciones a que hubiere lugar.

**Firma del Apoderado (de ser el caso)**  
 N° LE/ DN.I .....  
 Nombres y Apellidos :

Firma y Sello de Recepción

**NO SE ACEPTAN BORRONES NI ENMENDATURAS**

**ESSALUD**

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

Se adjunta a la presente solicitud los documentos ó Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo CITT por los primeros 20 días a cargo de la entidad empleadora, de conformidad con el artículo 12° de la Ley N° 26790 y/o CITT a partir del vigésimo primer día de incapacidad, según detalle :

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			

Total de días

**REQUISITOS QUE ACOMPAÑAN A LA SOLICITUD (Marcar con un aspa (X) los documentos que se adjuntan)**

N°	REQUISITOS	LACTANCIA	SEPELIO
1	En el caso de hijos extra matrimoniales mostrar la partida de nacimiento original del lactante.	( )	
2	De ocurrir el fallecimiento de la madre, el padre ó tutor presentará la partida de defunción de la madre. En caso el padre no sea el tutor además, documento de tutela.	( )	
3	En caso de abandono del menor presentar el documento que acredite la tutela del lactante.	( )	
4	Los pensionistas D.L. N° 19990, D.L. N° 18846 y D.L. N° 20530 copia simple del último talón de pago y mostrar original.	( )	( )
5	Partida de Defunción, presentar copia simple, mostrar original.		( )
6	Copia del poder de los beneficiarios.		( )
7	Comprobantes de Pago originales, por servicios funerarios a nombre del beneficiario.		( )
8	Copia simple del Comprobante de Pago por concepto de nicho ó terreno para sepultura ó cremación así no se solicite reembolso por este concepto.		( )
9	Certificado de necropsia en caso de muerte súbita y/o violenta, acompañado del parte policial.		( )
10	En caso de asegurados cuyos restos sean inhumados en zonas rurales, para cumplir con los requisitos 7 y 8, podrán presentar una Constancia de Gastos, adjuntando recibos simples u otros documentos en original, que sustenten el pago de los gastos efectuados, los cuales deben estar visados por autoridad competente del lugar.		( )
11	En caso de fallecimiento por accidente de trabajo, presentar Declaración Jurada del empleador, indicando que el asegurado no estaba obligado a estar afiliado al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.		( )
12	En caso de asegurados que fallecen en el extranjero, presentar los documentos indicados en los numerales 5, 7 y 8 debidamente traducidos y con firmas legalizadas por el Ministerio de Relaciones Exteriores.		( )

**CÁLCULO DEL SUBSIDIO A PAGAR (USO ESSALUD).**

Del	Día	Mes	Año	Días Subsidiados	Subsidio Diario	Importe Total (sin céntimos)
Al	Día	Mes	Año	Importe Total en letras.....		
_____				_____		
Calificador				Revisor		

**OBSERVACIONES (USO ESSALUD)**

FECHA DE PROGRAMACIÓN DE PAGO

--	--	--	--	--	--



De corresponder, consigne el Acto Médico de la cita.

Indique el apellido paterno, materno y nombres (empiece por primer nombre) del asegurado

Consigne el tipo y número de documento de identidad del asegurado (Ver tabla 1)

Marque con aspa (X) el Tipo de Atención

Marque con aspa (X) la Contingencia

Consigne la fecha de inicio y término del descanso físico

Consigne la fecha en que se otorga el CITT

Consigne el código principal de diagnóstico según tabla del CIE-10



**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO**

Formulario **8003** Acto Médico Centro Asistencial

**DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO**

Apellido Paterno Apellido Materno Nombres

DOCUMENTO DE IDENTIDAD Tipo (ver tabla Nº1) Número Código Autogenerado

TIPO DE ATENCION Consulta Externa  Hospitalización  Emergencia  Canje

CONTINGENCIA ENFERMEDAD  ACCIDENTE DE TRABAJO  MATERNIDAD   
ACCIDENTE COMUN  ENF. PROFESIONAL

FECHA PROBABLE DE PARTO  
Día Mes Año

**PERIODO DE INCAPACIDAD**  
*SOLO SE EXTENDERA POR UN MAXIMO DE TREINTA DIAS EXCEPTO MATERNIDAD*

FECHA DE INICIO: Día Mes Año  
FECHA DE FIN: Día Mes Año  
FECHA DE OTORGAMIENTO: Día Mes Año

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE

COLEGIO MEDICO Nº

DIAGNOSTICO CIE-10 1º 2º

Consigne el Código del Centro Asistencial

Indique el Código Autogenerado del asegurado

Consigne la fecha probable de parto si indica 'Maternidad' como Contingencia

Consignar Firma Registrada y el Sello donde indique el servicio.

Consigne el Número de Colegio Médico en forma clara

De considerarlo necesario consigne un segundo código de diagnóstico según tabla del CIE-10

**Tabla Nº 1**  
Tipo de Documento de ASEGURADO

Código	Descripcion
1.	L.E. ó DNI
2.	Carné de Fuerzas Policiales
3.	Carné de Fuerzas Armadas
4.	Carné de Extranjería
6.	RUC
7.	Pasaporte
8.	Doc.Provisional de Identidad
13.	Trabajador menor de edad



**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO**

Formulario **8003** Acto Médico Centro Asistencial

**DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO**

Apellido Paterno Apellido Materno Nombres

DOCUMENTO DE IDENTIDAD Tipo (ver tabla Nº1) Número Código Autogenerado

TIPO DE ATENCION Consulta Externa  Hospitalización  Emergencia  Canje

CONTINGENCIA ENFERMEDAD  ACCIDENTE DE TRABAJO  MATERNIDAD   
ACCIDENTE COMUN  ENF. PROFESIONAL

FECHA PROBABLE DE PARTO  
Día Mes Año

**PERIODO DE INCAPACIDAD**  
*SOLO SE EXTENDERA POR UN MAXIMO DE TREINTA DIAS EXCEPTO MATERNIDAD*

FECHA DE INICIO: Día Mes Año  
FECHA DE FIN: Día Mes Año  
FECHA DE OTORGAMIENTO: Día Mes Año

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE

COLEGIO MEDICO Nº

**DISTRIBUCIÓN GRATUITA - PROHIBIDA SU VENTA**



**SOLICITUD DE CANJE DE CERTIFICADOS DE REEMBOLSO**

USO ESSALUD  
N°

USO ESSALUD

Folios	N°
Referencia solicitud anterior	
N°	

**I. DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA**

Apellidos y Nombres ó Razón Social		Teléfono	
Dir. : Av./ Jr. / Calle / Block / Carretera / Malecón / Plaza		N°/Km/Mz/Int/Dpto/Lote	Provincia
N° de RUC		Entidad Pagadora	
Banco Continental	<input type="checkbox"/>	Banco de Crédito	<input type="checkbox"/>
		Banco de la Nación	<input type="checkbox"/>

**II. DATOS DE LOS CERTIFICADOS DE REEMBOLSO A CANJEAR**

N°	N° Certificado	Fecha de Giro del Certificado	Importe S/.	Código Banco	Fondo	U S O E S S A L U D	
						N° Expediente	Calificación Expediente
1							Conforme <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/>
2							Conforme <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/>
3							Conforme <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/>
4							Conforme <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/>
5							Conforme <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/>
6							Conforme <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/>
7							Conforme <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/>
8							Conforme <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/>
9							Conforme <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/>
10							Conforme <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/>
11							Conforme <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/>
12							Conforme <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/>
13							Conforme <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/>
14							Conforme <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/>
15							Conforme <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/>
16							Conforme <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/>
17							Conforme <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/>

Total de Certificados Presentados

Monto Total S/.

Total Certificados conformes para canje

Total Certificados Pendientes

Firma y Sello del Empleador

Como empleador declaro bajo juramento que los datos y la documentación que se adjunta a la presente son verdaderos, sujetándome a verificación posterior y a las sanciones a que hubiere lugar.

Firma y Sello de Recepción

**NO SE ACEPTAN BORRONES NI ENMENDADURAS**

**USUARIO**

### III. PROGRAMACIÓN CANJE DE CERTIFICADOS DE REEMBOLSO

A partir del

Día	Mes	Año

### IV. CITACIÓN A LA ENTIDAD EMPLEADORA

Día	Mes	Año

### V. CONFORMIDAD DE LOS CERTIFICADOS A CANJEAR (VERIFICACIÓN ESSALUD)

Se deja constancia que los datos consignados en el presente formulario por el empleador son conformes, de acuerdo a la base de datos de ESSALUD. Asimismo la cantidad de certificados conformes es  y el monto total que corresponde es S/. \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Personal Verificador

### INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO 8005

#### ¿Cuándo utilizo este formulario?

Este formulario lo utilizará la entidad empleadora cuando solicite el canje de certificados de reembolso no utilizados, siempre y cuando no hubiesen transcurrido 10 años desde la fecha de emisión del certificado.

#### ¿Cómo lleno el formulario?

En el formulario deben registrarse los datos de la entidad empleadora y de los certificados de reembolso a canjear, según corresponda, teniendo en cuenta las instrucciones siguientes :

#### I. DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA

- Consigne el nombre o razón social y teléfono de la entidad empleadora.
- Consigne la dirección de la entidad empleadora.
- Consigne el N° de RUC de la entidad empleadora e indique el banco en donde ESSALUD girará la orden de pago.

#### II. DATOS DE LOS CERTIFICADOS DE REEMBOLSO A CANJEAR

- Consigne el N° del certificado de reembolso a canjear.
- Consigne la fecha de giro del certificado a canjear (consigne el año con cuatro dígitos).
- Consigne el importe del certificado de reembolso a canjear.
- Consigne el número total de certificados de reembolso presentados y el monto total en nuevos soles.

#### III. PROGRAMACIÓN CANJE DE CERTIFICADOS DE REEMBOLSO (USO ESSALUD)

- El personal de ESSALUD consignará la fecha a partir de la cual se entregarán las órdenes de pago.

#### IV. CITACIÓN A LA ENTIDAD EMPLEADORA (USO ESSALUD)

- El personal de ESSALUD consignará la fecha de citación al empleador, en los casos que los certificados de reembolso sean calificados como pendientes.

#### RECUERDE :

- Si tuviera más certificados de reembolso, deberá llenar otro formulario.
- En caso que el empleador tenga adeudos a ESSALUD, se podrá retener la orden de pago girada al empleador.

### OBSERVACIONES (USO ESSALUD)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**SOLICITUD DE CANJE DE CERTIFICADOS DE REEMBOLSO**

USO ESSALUD	
N°	

USO ESSALUD	
Folios	N°
Referencia solicitud anterior	
N°	

**I. DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA**

Apellidos y Nombres ó Razón Social			Teléfono		
Dir. : Av./ Jr. / Calle / Block / Carretera / Malecón / Plaza		N°/Km/Mz/Int/Dpto/Lote	Distrito		Provincia
N° de RUC			Entidad Pagadora		
Banco Continental <input type="checkbox"/>		Banco de Crédito <input type="checkbox"/>		Banco de la Nación <input type="checkbox"/>	

**II. DATOS DE LOS CERTIFICADOS DE REEMBOLSO A CANJEAR**

N°	N° Certificado	Fecha de Giro del Certificado	Importe S/.	U S O E S S A L U D			Calificación Expediente
				Código Banco	Fondo	N° Expediente	
1							Conforme <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/>
2							Conforme <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/>
3							Conforme <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/>
4							Conforme <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/>
5							Conforme <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/>
6							Conforme <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/>
7							Conforme <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/>
8							Conforme <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/>
9							Conforme <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/>
10							Conforme <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/>
11							Conforme <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/>
12							Conforme <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/>
13							Conforme <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/>
14							Conforme <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/>
15							Conforme <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/>
16							Conforme <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/>
17							Conforme <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/>

Total de Certificados Presentados

Monto Total S/.

Total Certificados conformes para canje

Total Certificados Pendientes

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Empleador

Como empleador declaro bajo juramento que los datos y la documentación que se adjunta a la presente son verdaderos, sujetándome a verificación posterior y a las sanciones a que hubiere lugar.

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello de Recepción

### III. PROGRAMACIÓN CANJE DE CERTIFICADOS DE REEMBOLSO

A partir del

Día	Mes	Año

### IV. CITACIÓN A LA ENTIDAD EMPLEADORA

Día	Mes	Año

### V. CONFORMIDAD DE LOS CERTIFICADOS A CANJEAR (VERIFICACIÓN ESSALUD)

Se deja constancia que los datos consignados en el presente formulario por el empleador son conformes, de acuerdo a la base de datos de ESSALUD. Asimismo la cantidad de certificados conformes es  y el monto total que corresponde es S/. \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Personal Verificador

### INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO 8005

#### ¿Cuándo utilizo este formulario?

Este formulario lo utilizará la entidad empleadora cuando solicite el canje de certificados de reembolso no utilizados, siempre y cuando no hubiesen transcurrido 10 años desde la fecha de emisión del certificado.

#### ¿Cómo lleno el formulario?

En el formulario deben registrarse los datos de la entidad empleadora y de los certificados de reembolso a canjear, según corresponda, teniendo en cuenta las instrucciones siguientes :

#### I. DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA

- Consigne el nombre o razón social y teléfono de la entidad empleadora.
- Consigne la dirección de la entidad empleadora.
- Consigne el N° de RUC de la entidad empleadora e indique el banco en donde ESSALUD girará la orden de pago.

#### II. DATOS DE LOS CERTIFICADOS DE REEMBOLSO A CANJEAR

- Consigne el N° del certificado de reembolso a canjear.
- Consigne la fecha de giro del certificado a canjear (consigne el año con cuatro dígitos).
- Consigne el importe del certificado de reembolso a canjear.
- Consigne el número total de certificados de reembolso presentados y el monto total en nuevos soles.

#### III. PROGRAMACIÓN CANJE DE CERTIFICADOS DE REEMBOLSO (USO ESSALUD)

- El personal de ESSALUD consignará la fecha a partir de la cual se entregarán las órdenes de pago.

#### IV. CITACIÓN A LA ENTIDAD EMPLEADORA (USO ESSALUD)

- El personal de ESSALUD consignará la fecha de citación al empleador, en los casos que los certificados de reembolso sean calificados como pendientes.

#### RECUERDE :

- Si tuviera más certificados de reembolso, deberá llenar otro formulario.
- En caso que el empleador tenga adeudos a ESSALUD, se podrá retener la orden de pago girada al empleador.

### OBSERVACIONES (USO ESSALUD)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_