TRAMITE DE LICENCIAS

PARA LICENIA POR MATERNIDAD:

- Presentar los siguientes documentos :
  - Formulario 1040 (Solo firma y N° DNI al final del documento, ojo no llenar los demás datos)
  - Original del Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT).
  - Formato de Clausula Informativa del Tratamiento de Datos Personales
  - Carta Poder de acuerdo a la solicitud, según el modelo publicado

PARA LICENIA POR ENFERMEDAD:

- Presentar los siguientes documentos:
  - Formulario 1040 (Solo firma y N° DNI al final del documento, ojo no llenar los demás datos)
  - Original del Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT).
  - Formato de Clausula Informativa del Tratamiento de Datos
  - Personales
  - Carta Poder de acuerdo a la solicitud, según el modelo Publicado.

Nota: Las solicitudes serán presentadas en físico por Mesa de Partes de la UGEL-Acomayo.

DREC CUSCO

Jesús Romanville Valenzuela
UGEL-ACOMAYO

EsSalud

SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

Formulario 1040 (versión 01)

I. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR: ☐ DNI ☐ CARNET DE EXTRANJERÍA ☐ PASAPORTE | NÚMERO

APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES

DATOS DEL EMPLEADOR: ☐ RUC ☐ 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: ☐ DNI ☐ CARNET DE EXTRANJERÍA | NÚMERO

PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRES

CORREO ELECTRÓNICO: | TELÉFONO CONTACTO:

PARENTESCO (familiar directo): ☐ CÓNYUGE ☐ CONCUBINO(A) ☐ HERMANO(A) ☐ PADRES ☐ OTRO: ..... ☐ TERCERO

SOLO SI EL BENEFICIARIO ES TERCERO

NOMBRE DE FAMILIAR QUE AUTORIZA | NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | FIRMA

III. SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS: ☐ PAGO DIRECTO ☐ REEMBOLSO

SOLICITUD DE PRESTACIÓN: ☐ LACTANCIA ☐ SEPELIO ☐ INCAPACIDAD TEMPORAL ☐ MATERNIDAD: 1RA ( ) 2DA ( ) TOTAL ( )

ASEGURADO TITULAR CON VÍNCULO LABORAL A LA FECHA DE CONTINGENCIA: ☐ SI ☐ NO | FECHA CONTINGENCIA: | FECHA DE CESE:

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

LLENADO SOLO POR TRABAJADOR DOCENTE: SECTOR: ☐ PRIVADO ☐ PÚBLICO

IV. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

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

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

SEPELIO

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

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

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

C. Los gastos del asegurado titular fallecido:

- **NO** han sido cubiertos por entidades públicas o privadas.
- **NO** corresponde a un asegurado obligatorio 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 ☐ NO ☐ | INCAPACIDAD O FALLECIMIENTO CAUSADO POR UN TERCERO: SI ☐ NO ☐

DIRECCIÓN DEL TITULAR, BENEFICIARIO O EMPLEADOR:

USO DE LA ENTIDAD EMPLEADORA (EN CASO DE MATERNIDAD E 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.: DNI ☐ CE ☐ PASAPORTE ☐	Tipo Doc.: DNI ☐ CE ☐ PASAPORTE ☐	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 ..... con DNI N° ..... en representación de mi persona.

USUARIO

CARTA PODER

..... identificado con DNIi N°----------,

Profesor(a) ó Personal Administrativo de la Institución Educativa N°..... de ..... Del ámbito de la Unidad de Gestión Educativa Local de Acomayo, que suscribe otorga suficiente y amplio Poder al Señor Jesús E. Romainville Valenzuela, Encargado de Asistencia Social UGEL-A., para que en representación de mi persona realice el trámite de Solicitud de Prestaciones Económicas por Incapacidad Temporal para el Trabajo a EsSalud del Cusco.

(Lugar), (fecha) de (mes) de 2022.

(Nombres y Apellidos)

_____

DNI N°

CARTA PODER

..... identificado con DNIi N°----------,

Profesor(a) ó Personal Administrativo de la Institución Educativa N°..... de ..... Del ámbito de la Unidad de Gestión Educativa Local de Acomayo, que suscribe otorga suficiente y amplio Poder al Señor Jesús E. Romainville Valenzuela, Encargado de Asistencia Social UGEL-A., para que en representación de mi persona realice el trámite de Solicitud de Prestaciones Económicas por Maternidad a EsSalud del Cusco.

(Lugar), (fecha) de (mes) de 2022.

(Nombres y Apellidos)

_____

DNI N°

TRAMITE DE LICENCIAS

Para Licenia por Maternidad :

- Presentar los siguientes documentos :
  - Formulario 1040 (Solo firma y N° DNI al final del documento, ojo no llenar los demás datos)
  - Original del Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT).
  - Formato de Clausula Informativa del Tratamiento de Datos Personales
  - Carta Poder de acuerdo a la solicitud, según el modelo publicado

Para Licenia por Enfermedad :

- Presentar los siguientes documentos :
  - Formulario 1040 (Solo firma y N° DNI al final del documento, ojo no llenar los demás datos)
  - Original del Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT).
  - Formato de Clausula Informativa del Tratamiento de Datos Personales
  - Carta Poder de acuerdo a la solicitud, según el modelo Publicado.

Nota : Las solicitudes serán presentadas en físico por Mesa de Partes de la UGEL-Acomayo

EsSalud
Perú saludable

CLÁUSULA INFORMATIVA DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales (en adelante LPDP) y su reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, el Seguro Social de Salud-ESSALUD, desea poner en conocimiento de sus interesados, los siguientes aspectos relacionados con sus datos personales:

1. **TITULAR DEL BANCO DE DATOS PERSONALES:** El titular del presente banco de datos en el que se almacenarán los datos personales facilitados en el presente Formulario/Formato//Contrato/Plataforma en Línea/VIVA, es el Seguro Social de Salud-ESSALUD, con dirección legal en Jirón Domingo Cueto N° 120, Jesús María, Lima.

   La existencia de este banco de datos personales ha sido declarada a la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales, mediante su inscripción en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales, con la denominación de "ASEGURADOS", con el código de registro: RNPDP N° RESOLUCION N.° 2793-2021-JUS/DGTAIPD-DPDP, del cual es Responsable la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas de ESSALUD.

   Se informa al titular de datos personales que, cualquier tratamiento de datos personales, se ajusta a lo establecido por la legislación vigente en PERÚ en la materia (Ley N° 29733 y su reglamento).

2. **FINALIDAD:** El Seguro Social de Salud-ESSALUD, tratará los datos personales del asegurado titular y sus derechohabientes, con la finalidad de: Recopilar información de los asegurados para brindarles prestaciones de salud, económicas y sociales, verificar su cobertura de seguros, efectuar los controles para el proceso de atención e informar a las entidades de supervisión del sector salud. Siendo utilizados con propósitos limitados, tal como los expuestos precedentemente.

3. **TRANSFERENCIAS Y DESTINATARIOS:** Los datos personales se transferirán a nivel nacional a: Entidades Prestadoras de Salud (EPS), Asociaciones Administradoras de Fondo de Pensiones (AFP), Oficina de Normalización Previsional (ONP), Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), programas sociales, Superintendencia Nacional de Aduanas y Administración Tributaria, consorcios aseguradores del +Salud Seguro de Accidentes, otras entidades públicas con las que se haya suscrito convenios de colaboración interinstitucional e intercambio prestacional.

4. **PLAZO DURANTE EL CUAL SE CONSERVARÁN LOS DATOS PERSONALES:** Los datos personales proporcionados se conservarán en tanto sea necesario para los servicios detallados en el numeral 2 del presente documento.

5. **EJERCICIO DE LOS DERECHOS DE INFORMACIÓN (ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN Y OPOSICIÓN DE LOS DATOS):** Como titular de sus datos personales el interesado tiene el derecho de acceder a sus datos en posesión del Seguro Social de Salud, conocer las características de su tratamiento, rectificarlos en caso de ser inexactos o incompletos; solicitar sean suprimidos o cancelados al considerarlos innecesarios para las finalidades previamente expuestas o bien oponerse a su tratamiento para fines específicos.

   El usuario podrá en todo momento revocar el consentimiento otorgado expresamente, tanto como limitar el uso o divulgación de sus datos personales.

   El usuario podrá dirigir su solicitud de ejercicio de los derechos a la siguiente dirección: Jirón Domingo Cueto N° 120, Jesús maría – Lima, establecimiento de ESSALUD, o a la siguiente dirección de correo electrónico: **Derechos.arco@essalud.gob.pe** en los términos que establece el Reglamento de la Ley N° 29733 y en concordancia con el formulario de ejercicio de derechos correspondiente.

   De considerar el usuario que no ha sido atendido en el ejercicio de sus derechos, puede presentar un reclamo ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales, dirigiéndose a la Mesa de Partes del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos: Calle Scipión Llona 350, Miraflores, Lima, Perú o ingresando a la **web: https://www.gob.pe/minjus**

El Seguro Social de Salud - ESSALUD será responsable del banco de datos personales denominado ASEGURADOS y de los datos personales contenidos en éste. Con el objeto de evitar la pérdida, mal uso, alteración, acceso no autorizado y robo de los datos personales o información confidencial facilitados por los usuarios y/o los clientes, ESSALUD adopta los niveles de seguridad y de protección de datos personales legalmente requeridos e instala todos los medios y medidas técnicas a su alcance.

En señal de conformidad, el titular de datos personales firma la cláusula informativa. (Marcar con una "X") ☐

FIRMA

NOMBRE Y APELLIDO: _____

TIPO DE DOCUMENTO: _____

N° DE DOCUMENTO: _____

FECHA (día/mes/año): _____

Siempre con el pueblo