

según los documentos de gestión vigentes del citado Instituto Nacional;

Que, se ha visto conveniente designar en el citado cargo al señor JORGE ENRIQUE MEDINA RUBIO;

Que, mediante Informe N° 1098-2021-EIE-OARH-OGGRH/MINSA, la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos emite opinión favorable a la acción de personal propuesta;

Que, conforme a lo establecido en el numeral 1.4 del artículo 1 de la Resolución Ministerial N° 1114-2020/MINSA, modificada con Resolución Ministerial N° 518-2021/MINSA, se ha delegado en los/las Viceministros/as del Ministerio de Salud, la facultad de designar a los Directores Adjuntos de Hospitales e Institutos Especializados de Lima Metropolitana, y disponer el encargo de puesto o de funciones y la designación temporal de los mismos, según corresponda;

Con el visado de la Directora General (e) de la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos, del Director General (e) de la Oficina General de Asesoría Jurídica y de la Directora General de la Dirección General de Operaciones en Salud; y,

De conformidad con lo previsto en la Ley N° 27594, Ley que regula la participación del Poder Ejecutivo en el nombramiento y designación de funcionarios públicos; la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo; el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y sus modificatorias; y la Resolución Ministerial N° 1114-2020/MINSA, modificada con la Resolución Ministerial N° 518-2021/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo Único.- Designar al señor JORGE ENRIQUE MEDINA RUBIO en el cargo de Director Adjunto (CAP-P N° 002) de la Dirección General del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

AUGUSTO MAGNO TARAZONA FERNANDEZ
Viceministro (e) de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

2015106-2

TRABAJO Y PROMOCION DEL EMPLEO

Decreto Supremo que aprueba los servicios prestados en exclusividad brindados por el Seguro Social de Salud - ESSALUD

DECRETO SUPREMO
N° 020-2021-TR

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

CONSIDERANDO:

Que, el numeral 1.2 del artículo 1 de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (EsSalud), establece que EsSalud tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que corresponden al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, el literal f) del numeral 15.2 del artículo 15 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, reconoce, entre otros, el derecho de las personas usuarias de los servicios de salud de recibir, en términos comprensibles, información completa, oportuna y continuada sobre su enfermedad, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento; así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de

las intervenciones, tratamientos y medicamentos que se prescriban y administren. Asimismo, tienen derecho a recibir información de sus necesidades de atención y tratamiento al ser dado de alta;

Que, el artículo 29 de la Ley citada en el considerando precedente establece que el acto médico debe estar sustentado en una Historia Clínica veraz y suficiente que contenga las prácticas y procedimientos aplicados al paciente para resolver el problema de salud diagnosticado; y, que los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo quedan obligados a proporcionar copia, facilitar el acceso y entregar la información clínica contenida en la Historia Clínica manuscrita o electrónica que tienen bajo su custodia a su titular en caso de que este o su representante legal la soliciten. El costo que irroge este pedido es asumido por el interesado;

Que, el numeral 3.6 del artículo 3 del Reglamento de Reconocimiento y Pago de Prestaciones Económicas de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 013-2019-TR, establece que el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo - CITT, es el documento oficial por el cual se hace constar el tipo de contingencia y la duración del periodo de Incapacidad Temporal para el Trabajo. Se otorga al asegurado titular acreditado con derecho al mismo, determinado por el tipo de seguro y característica de cobertura que genera subsidio por Incapacidad Temporal para el Trabajo o Maternidad. Este documento es expedido obligatoriamente por el médico que realiza la atención, y en algunas patologías puede ser emitido por el odontólogo u obstetra. La información del mismo debe estar registrada en la Historia Clínica del asegurado;

Que, asimismo, el numeral 3.24 del artículo 3 del citado Reglamento señala que la Validación del Certificado es el acto realizado por el Médico de Control que consiste en validar el Certificado Médico Particular y el Certificado de Salud expedido en el país o en el extranjero, a fin de otorgar el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo - CITT, previa evaluación de las evidencias médicas y documentarias que sustenten dicho certificado y considerando los Criterios Técnicos contenidos en la Guía de Calificación de la Incapacidad;

Que, el último párrafo del artículo 30 del Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA, establece como derechohabiente de un asegurado, entre otros, al hijo mayor de edad incapacitado en forma total y permanente para el trabajo, de acuerdo con la calificación que efectúe EsSalud;

Que, el subnumeral b.4) del numeral 8.2 del artículo 8 del Reglamento de Inscripción, Baja, Modificación de Datos de Derechohabientes, Cambio de Adscripción Temporal y Disposiciones para la Baja de Oficio de Asegurados del Seguro Social de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 012-2019-TR, dispone que, para la inscripción del hijo mayor incapacitado en forma total y permanente para el trabajo, es requisito contar con el dictamen médico de incapacidad emitido por EsSalud;

Que, el literal d) del artículo 32 del Decreto Ley N° 20530, Régimen de Pensiones y Compensaciones por Servicios Cíviles prestados al Estado no comprendidos en el Decreto Ley N° 19990, señala que el cónyuge o el integrante de la unión de hecho, sobreviviente inválido con derecho a pensión que requiera el cuidado permanente de otra persona para efectuar los actos ordinarios de la vida, percibe además, una bonificación mensual, cuyo monto es igual a una remuneración mínima vital, siempre que así lo dictamine previamente una Comisión Médica de EsSalud o del Ministerio de Salud;

Que, del mismo modo, en el literal b) del artículo 34 del citado Decreto Ley, se dispone que para los hijos mayores de dieciocho (18) años, cuando adolecen de incapacidad absoluta para el trabajo desde su minoría de edad o cuando la incapacidad que se manifieste en la mayoría de edad tenga su origen en la etapa anterior a ella. En este caso, tienen derecho, además de la pensión de orfandad, al pago de una bonificación mensual cuyo monto es igual a una remuneración mínima vital. La declaración de incapacidad absoluta requiere de un dictamen previo

y favorable de una Comisión Médica de EsSalud o del Ministerio de Salud;

Que, el artículo 26 del Decreto Ley N° 19990, El Gobierno Revolucionario crea el Sistema de Pensiones de la Seguridad Social, establece que el asegurado del Sistema Nacional de Pensiones que solicite una pensión de invalidez presenta, junto con su solicitud de pensión, un Certificado Médico de Invalidez emitido por EsSalud, establecimientos de salud pública del Ministerio de Salud o Entidades Prestadoras de Salud constituidas según Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, de acuerdo con el contenido que la Oficina de Normalización Previsional apruebe, previo examen de una Comisión Médica nombrada para tal efecto en cada una de dichas entidades;

Que, mediante el numeral 1.1 del artículo 1 de la Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado, se declara al Estado peruano en proceso de modernización en sus diferentes instancias, dependencias, entidades, organizaciones y procedimientos, con la finalidad de mejorar la gestión pública y construir un Estado democrático, descentralizado y al servicio del ciudadano;

Que, el artículo II del Título Preliminar de la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, establece que, por el principio de servicio al ciudadano, las entidades del Poder Ejecutivo están al servicio de las personas y de la sociedad; actúan en función de sus necesidades, así como del interés general de la nación, asegurando que su actividad se realice con arreglo a, entre otros, la simplicidad, a través de la cual la gestión elimina todo requisito y procedimiento innecesario. Los procesos deben ser racionales y proporcionales a los fines que se persigue cumplir;

Que, el numeral 43.2 del artículo 43 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, establece que el Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA) de cada entidad no sólo comprende el listado de sus procedimientos de iniciativa de parte, sino también la relación de los servicios prestados en exclusividad, entendidos como las prestaciones que la entidad se encuentra facultada a brindar en forma exclusiva en el marco de su competencia, no pudiendo ser realizadas por otra entidad o terceros;

Que, en esa misma línea, el numeral 43.3 del artículo 43 de la norma citada en el párrafo precedente señala que los requisitos y condiciones para la prestación de los servicios brindados en exclusividad por las entidades son fijados por decreto supremo refrendado por el Presidente del Consejo de Ministros;

Que, el artículo 17 de la Ley N° 29381, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, establece que EsSalud se encuentra adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, conforme a la ley de la materia;

Que, el numeral 5.2 del artículo 5 de los Lineamientos para la Elaboración y Aprobación del Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA), aprobados por Resolución de Secretaría de Gestión Pública N° 005-2018-PCM-SGP, establece que las entidades de la administración pública aprueban o modifican su TUPA cuando se requiera incorporar procedimientos administrativos o servicios prestados en exclusividad;

Que, por lo expuesto, es necesario aprobar el decreto supremo que regule los servicios prestados en exclusividad, con sus requisitos y condiciones, a cargo de EsSalud; los mismos que deben ser compendiados y sistematizados posteriormente en el TUPA de la referida entidad, en concordancia con los principios de informalismo, eficacia y simplicidad previstos en el artículo IV del Título Preliminar del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS;

Que, de conformidad con el numeral 8 del artículo 118 de la Constitución Política del Perú; el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS; el numeral 3 del artículo 11 de Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo; la Ley N° 29381, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de

Trabajo y Promoción del Empleo; el Texto Integrado del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 308-2019-TR; la Resolución de Secretaría de Gestión Pública N° 005-2018-PCM-SGP, que aprueba los Lineamientos para la Elaboración y Aprobación del Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA);

DECRETA:

Artículo 1. Objeto

Regular los servicios prestados en exclusividad a cargo del Seguro Social de Salud –EsSalud, en el marco de las medidas de simplificación administrativa.

Artículo 2. Aprobación de los Servicios Prestados en Exclusividad brindado por EsSalud y Formulario

2.1. Apruébanse los siguientes Servicios Prestados en Exclusividad por EsSalud:

- a. Informe Médico.
- b. Copia de Historia Clínica.
- c. Duplicado del Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT).
- d. Validación de Certificado Médico.
- e. Dictamen médico para el Registro de Derechohabiente de Asegurado Titular del Seguro Social de Salud.
- f. Evaluación Médica del Cónyuge Sobreviviente Inválido e Hijos Mayores de Dieciocho (18) Años con Incapacidad Total y Permanente para el Trabajo (Trámite pensionario de bonificación mensual Ley N° 20530).
- g. Certificado médico para el trámite de pensión de invalidez del Decreto Ley N° 19990.

2.2. Apruébase el Formulario de Trámite de Gestión Múltiple que, como Anexo, forma parte integrante del presente decreto supremo, en el que se plasma la siguiente información:

- a. Datos del Solicitante/Representante: Nombres y apellidos, documento de identidad, domicilio, parentesco, teléfono, correo electrónico.
- b. Datos del usuario del servicio de salud: Nombres y apellidos, documento de identidad.
- c. Servicio solicitado.
- d. Forma de entrega de la información: Copia simple, magnético, correo electrónico y otros.
- e. Datos de la entidad empleadora: Numero de RUC, razón social, trabajo habitual u ocupación.
- f. Contingencia
- g. Periodo a validar.
- h. Número y fecha de comprobante de pago.
- i. Declaración jurada de autorización de recojo de la información: Si autoriza o no a otra persona para el recojo de la información, nombre, apellido y documento de identidad.
- j. Declaración jurada respecto a los datos consignados: Nombres y apellidos del titular o representante, documento de identidad y firma.

Artículo 3. Informe Médico

3.1. El Informe Médico es el documento personalísimo que registra la descripción en forma resumida de lo sucedido durante el proceso de atención médica, en un periodo de tiempo determinado y mediante el cual el médico responsable de un paciente, o el profesional que lo ha atendido en un determinado episodio asistencial, da a conocer aspectos médicos relacionados a los daños que le acontece, así como los diagnósticos, procedimientos, tratamiento y/o limitaciones funcionales, si correspondiera el caso. Mediante este documento, se deja constancia del estado actual de salud del paciente, incluso de fecha anterior a la solicitud; por tanto, su vigencia no está limitada a un periodo de tiempo. Su petición puede estar vinculada a motivos de interés particular, legal o público. El paciente debe contar con una Historia Clínica en una IPRESS que pertenezca a la Red de servicios de EsSalud.

3.2. Son requisitos para solicitar el servicio de Informe Médico:

a. Formulario de Trámite de Gestión Múltiple, que incluye la fecha y número de comprobante de pago del derecho de tramitación.

b. En caso de representante, la autorización del paciente debe expresarse en el Formulario de Trámite de Gestión Múltiple, quien debe mostrar su documento de identidad.

3.3. Al momento de recoger el Informe Médico, el paciente debe mostrar su documento de identidad original (DNI, Carné de Extranjería, Pasaporte). Si el paciente no puede expresar su voluntad, su representación es ejercida, conforme a lo establecido en el Código Civil.

3.4. En caso de que el paciente haya fallecido, el representante debe contar con la autorización de los familiares directos (cónyuge, hijos, padres, hermanos) y, en ausencia de estos, los que la autoridad competente disponga para acceder a su Informe Médico.

3.5. El plazo para emitir el Informe Médico es de hasta un máximo de diez (10) días hábiles, contados a partir del día siguiente de presentado el Formulario de Trámite de Gestión Múltiple.

Artículo 4. Copia de Historia Clínica

4.1. Es el documento a través del cual se reproduce el documento médico legal, en el que se registran los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata a la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente y que son referendados con la firma manuscrita o digital de los mismos. Las Historias Clínicas son administradas por las IPRESS, según lo establecido por la norma técnica correspondiente. El paciente debe contar con una Historia Clínica en una IPRESS que pertenezca a la Red de servicios de EsSalud.

4.2. Son requisitos para solicitar el servicio copia de Historia Clínica:

a. Formulario de Trámite de Gestión Múltiple, que incluye la fecha y número de comprobante de pago del derecho de tramitación.

b. En caso de representante, la autorización del paciente debe expresarse en el Formulario de Trámite de Gestión Múltiple, quien debe mostrar su documento de identidad.

4.3. Al momento de recoger la copia de Historia Clínica mostrar el documento de identidad original (DNI, Carné de Extranjería, Pasaporte). En caso que el paciente no pueda expresar su voluntad, su representación es ejercida, conforme a lo establecido en el Código Civil.

4.4. Cuando se trate de un paciente fallecido, la autorización para acceder a la Historia Clínica es otorgada por los familiares directos (cónyuge, hijos, padres, hermanos) y, en ausencia de estos, por los que la autoridad competente disponga.

4.5. El plazo para atender el pedido de copia de la Historia Clínica es de hasta un máximo de cinco (5) días hábiles, contados a partir del día siguiente de presentado el Formulario de Trámite de Gestión Múltiple.

Artículo 5. Duplicado del Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo – CITT

5.1. Es el documento o escrito de idénticas características al CITT, cuyo contenido y validez se expide para hacer constar el tipo de contingencia y la duración del periodo de Incapacidad Temporal para el Trabajo. Se otorga al asegurado titular acreditado con derecho al mismo, determinado por el tipo de seguro y característica de cobertura que genera subsidio por Incapacidad Temporal para el Trabajo o Maternidad. Este documento es expedido obligatoriamente por el médico que realiza la atención, y en algunas patologías puede ser emitido por el odontólogo u obstetra. La información del CITT debe estar registrada en la Historia Clínica del paciente.

5.2. Son requisitos para solicitar el servicio Duplicado de CITT:

a. Formulario de Trámite de Gestión Múltiple, que incluye la fecha y número de comprobante de pago del derecho de tramitación.

b. En caso de representante, la autorización del paciente debe expresarse en el Formulario de Trámite de Gestión Múltiple, quien debe mostrar su documento de identidad.

5.3. Al momento de recoger el Duplicado de CITT mostrar el documento de identidad original (DNI, Carné de Extranjería, Pasaporte). En caso que el paciente no pueda expresar su voluntad, su representación es ejercida, conforme a lo establecido en el Código Civil.

5.4. En caso de que el paciente haya fallecido, el representante debe contar con la autorización de los familiares directos (cónyuge, hijos, padres, hermanos) y, en ausencia de éstos, los que la autoridad competente disponga.

5.5. El plazo para atender el pedido de duplicado de CITT es de hasta un máximo de cinco (5) días hábiles, contados a partir del día siguiente de presentado el Formulario de Trámite de Gestión Múltiple.

Artículo 6. Validación de Certificado Médico

6.1. La validación de Certificado Médico es el acto realizado por el Médico de Control que consiste en validar el Certificado Médico Particular y el Certificado de Salud expedido en el país o en el extranjero, a fin de otorgar el CITT, previa evaluación de las evidencias médicas y documentarias que sustenten dicho certificado y considerando los criterios técnicos contenidos en la Guía de Calificación de la Incapacidad.

6.2. La validación del Certificado Médico Particular y del Certificado de Salud tiene por finalidad el pago de prestaciones económicas, siendo necesario que contenga información suficiente de acuerdo con el tipo de contingencia, para permitir la labor de los Médicos de Control.

6.3. Esta actividad está a cargo del Centro de Validación de la Incapacidad Temporal (CEVIT) en la ciudad de Lima y, en el interior del país por el Médico de Control de la IPRESS que corresponda.

6.4. Los requisitos para la Validación del Certificado Médico Particular y del Certificado de Salud, son los siguientes:

a. Formulario de Trámite de Gestión Múltiple.

b. En caso de representante, la autorización del paciente debe expresarse en el Formulario de Trámite de Gestión Múltiple.

c. Documentos complementarios, según lo siguiente:

c.1) Contingencias comunes:

(i) Copia del Certificado Médico que incluye los nombres y apellidos del paciente, número de documento de identidad, diagnóstico descriptivo con la Codificación Internacional de Enfermedades, fecha de inicio y de fin del periodo de incapacidad, fecha de otorgamiento del certificado médico, firma del profesional de la salud tratante acorde con el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil - RENIEC, sello legible del profesional de la salud tratante.

(ii) Copia de indicaciones médicas recibidas en la fecha de atención (en caso de paciente no hospitalizado).

(iii) Copia de Epicrisis (en caso de paciente hospitalizado).

c.2) Contingencias laborales:

(i) Copia del Certificado Médico que incluya los nombres y apellidos del paciente, número de documento de identidad, diagnóstico descriptivo con la Codificación Internacional de Enfermedades, fecha de inicio y de fin del periodo de incapacidad, fecha de otorgamiento del Certificado Médico, firma del profesional de la salud tratante acorde con el RENIEC, sello legible del profesional de la salud tratante.



- (ii) Copia del Aviso de Accidente de Trabajo.
- (iii) Copia de la Solicitud de Atención Médica por Accidente de Trabajo (en caso de paciente no hospitalizado).
- (iv) Copia de Epicrisis (en caso de paciente hospitalizado).

c.3) Maternidad/parto múltiple:

(i) Copia del Certificado Médico que incluya los nombres y apellidos de la paciente, número de documento de identidad, diagnóstico descriptivo con la Codificación Internacional de Enfermedades, fecha de inicio y de fin del periodo de descanso por maternidad, fecha de otorgamiento del Certificado Médico, firma del profesional de la salud tratante acorde con el RENIEC, sello legible del profesional de la salud tratante, fecha de última menstruación, fecha probable de parto.

(ii) En caso de Embarazo Prolongado de cuarenta y dos (42) a más semanas: El Certificado Médico debe incluir el diagnóstico de Embarazo Prolongado.

(iii) En caso de Parto Prematuro: Antes de las treinta (30) semanas de gestación se requiere copia del Acta de Nacimiento, cuando el neonato sobrevive; o copia del Acta de Nacimiento y copia de Acta de Defunción, cuando el neonato fallezca después de las setenta y dos (72) horas.

(iv) Después de las treinta (30) semanas, se requiere copia del Acta de Nacimiento.

(v) En caso que el parto se hubiera producido después de la fecha de parto fijada en el Certificado Médico, se requiere copia de Acta de Nacimiento o Partida de Nacimiento o presentar documento de identidad del recién nacido.

(vi) En caso de postergación del descanso pre natal, adicionar Informe Médico de postergación del descanso por maternidad, emitido por el médico tratante.

c.4) Accidente de tránsito:

(i) Copia del Certificado Médico que incluya los nombres y apellidos del paciente, número de documento de identidad, diagnóstico descriptivo con la Codificación Internacional de Enfermedades, fecha de inicio y de fin del periodo de incapacidad, fecha de otorgamiento del certificado médico, firma del profesional de la salud tratante acorde con el RENIEC, sello legible del profesional de la salud tratante.

(ii) Copia del Formato de Registro de Accidentes de Tránsito.

(iii) Copia de indicaciones médicas (en caso de paciente no hospitalizado).

(iv) Copia de Epicrisis (en caso de paciente hospitalizado).

c.5) Niño con Discapacidad - Ley N° 29992 – Extensión Descanso Postnatal:

(i) Copia del Certificado Médico (en caso de discapacidad permanente del recién nacido).

(ii) Copia del Acta de Nacimiento (en caso de nacimiento múltiple).

6.5. Para la entrega del CITT validado:

a. Mostrar documento de identidad original del paciente (DNI, Carné de Extranjería, Pasaporte).

b. En caso de entrega del CITT a un tercero, se requiere la autorización del paciente debidamente acreditado en el Formulario de Trámite de Gestión Múltiple y, en caso que el paciente de salud no pueda expresar su voluntad, su representación es ejercida conforme a lo establecido en el Código Civil.

6.6. El plazo para atender la validación es de hasta un máximo de tres (3) días hábiles, contados desde el día siguiente de la presentación del Formulario de Trámite de Gestión Múltiple.

Artículo 7. Dictamen Médico para el Registro de Derechohabiente de Asegurado Titular del Seguro Social de Salud

7.1. Es el documento a través del cual se emite un juicio clínico como producto de la evaluación médica, orientada a evidenciar la presencia de una enfermedad, daño o secuela, con el fin de determinar impedimentos y sus repercusiones en el desarrollo de su capacidad laboral o actividades de la vida diaria, de los hijos mayores de edad de los titulares del Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, regulado en el artículo 3 de la Ley N° 26790, con el objeto de que sean considerados derechohabientes. Es emitido por un Comité Médico designado formalmente para tal fin.

7.2. Es requisito para solicitar el servicio Dictamen Médico para el Registro de Derechohabiente de Asegurado Titular del Seguro Social de Salud, presentar el Formulario de Trámite de Gestión Múltiple, que incluye la fecha y número de comprobante de pago del derecho de tramitación.

7.3. Son condiciones para la prestación del servicio Dictamen Médico para el Registro de Derechohabiente de Asegurado Titular del Seguro Social de Salud:

— DIARIO OFICIAL DEL BICENTENARIO —

El Peruano

COMUNICADO

SE INFORMA AL PÚBLICO EN GENERAL QUE DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA SE RECIBIRÁN LAS PUBLICACIONES OFICIALES SÓLO EN MODO VIRTUAL COMO SE DETALLA A CONTINUACIÓN:

- HORARIO DE RECEPCIÓN POR CORREO:
 - LUNES A VIERNES, 8:30 AM a 5:30 PM
 - SÁBADOS, DOMINGOS, FERIADOS, 8:30 AM a 5:30 PM (sólo publicaciones para día siguiente)
- HORARIO DE RECEPCIÓN PORTAL PGA:
 - LUNES A VIERNES, 9:00 AM a 7:00 PM
 - SÁBADOS, DOMINGOS, FERIADOS, 9:00 AM a 6:00 PM (sólo publicaciones para día siguiente)
- CORREO PARA COTIZACIONES : cotizacionesnll@editoraperu.com.pe
- CORREO PARA PUBLICACIONES : normaslegales@editoraperu.com.pe

GERENCIA DE PUBLICACIONES OFICIALES

a. Mostrar documento de identidad original (DNI, Carné de Extranjería, Pasaporte) al momento de la evaluación médica.

b. Los afiliados titulares cuyos hijos menores de edad con enfermedad, daño, o alteración física/mental, anormalidad anatómica o pérdida de la capacidad funcional que afecta la posibilidad de trabajo, que estén próximos a cumplir la mayoría de edad, pueden solicitar la evaluación por el Comité Médico a fin de obtener la continuidad de cobertura de las atenciones de salud. La solicitud se presenta dentro de los treinta (30) días previos a cumplir la mayoría de edad y no genera pago alguno al derechohabiente hijo menor de edad con incapacidad total y permanente para el trabajo, que todavía se encuentre asegurado.

c. En caso de que el afiliado titular solicite la evaluación de su hijo mayor de edad con enfermedad, daño, o alteración físico/mental, anormalidad anatómica o pérdida de la capacidad funcional que afecta la posibilidad de trabajo que no se encuentre comprendido en el supuesto señalado en el literal b), respecto a la continuidad en la atención, puede solicitar la evaluación médica en los establecimientos de EsSalud donde se haya constituido un Comité Médico, realizando el pago correspondiente por el servicio prestado en exclusividad, toda vez que no se encuentra en la condición de asegurado regular activo.

d. Las reevaluaciones médicas solicitadas por EsSalud son gratuitas mientras los hijos sean asegurados; sin embargo, los que han perdido la condición de asegurado y requieren reevaluación deben asumir el costo del servicio.

e. El costo del servicio no incluye el costo de los exámenes auxiliares y/o interconsultas adicionales que requiera el Comité Médico de Evaluación y Calificación de los Hijos Mayores de Edad Incapacitados Total y Permanente, para determinar la condición de incapacidad, los cuales son asumidos por el solicitante.

f. Los literales b), c) y d) pueden ser solicitados por el titular del seguro de salud o su derechohabiente, padre, madre, tutor o curador.

7.4. El plazo para atender el servicio es de hasta un máximo de treinta (30) días hábiles, contados a partir del día siguiente de presentado el Formulario de Trámite de Gestión Múltiple en los establecimientos de EsSalud donde se haya constituido un Comité Médico para tal fin.

Artículo 8. Evaluación Médica del cónyuge sobreviviente inválido e hijos mayores de dieciocho (18) años con incapacidad total y permanente para el trabajo

8.1. Es la actividad médica para determinar la condición o estado de incapacidad de los derechohabientes a que se refiere el literal d) del artículo 32 del Decreto Ley N° 20530, Régimen de Pensiones y Compensaciones por Servicios Civiles prestados al Estado no comprendidos en el Decreto Ley N° 19990, y el literal b) del artículo 34 del citado Decreto Ley. Dicha evaluación la efectúa EsSalud en el caso de las pensiones que administre por disposición del Decreto Supremo N° 132-2005-EF, Reglamentan delegación de funciones de administración del régimen de pensiones del Decreto Ley N° 20530.

8.2. Es requisito para solicitar el servicio de Evaluación Médica del cónyuge sobreviviente inválido e hijos mayores de dieciocho (18) años con incapacidad total y permanente para el trabajo, presentar el Formulario de Trámite de Gestión Múltiple, que incluye la fecha y número de comprobante de pago del derecho de tramitación.

8.3. Son condiciones para la prestación del servicio de Evaluación Médica del cónyuge sobreviviente inválido e hijos mayores de dieciocho (18) años con incapacidad total y permanente para el trabajo:

a. Mostrar documento de identidad original (DNI, Carné de Extranjería, Pasaporte) al momento de la evaluación médica.

b. Puede solicitar el servicio el cónyuge o el integrante de la unión de hecho, sobreviviente inválido con derecho a pensión del Decreto Ley N° 20530, o; el hijo mayor de dieciocho (18) años que adolece de incapacidad absoluta para el trabajo desde su minoría de edad, o cuando la incapacidad que se manifiesta en la mayoría de edad

tenga su origen en la etapa anterior a ella, que perciba pensión de Orfandad del Decreto Ley N° 20530.

c. El costo del servicio no incluye el costo de los exámenes auxiliares y/o interconsultas adicionales que requiera la Comisión Médica de Calificación de la Incapacidad para determinar la condición de incapacidad, los cuales son asumidos por el solicitante.

8.4. El plazo para atender el pedido es de hasta un máximo de treinta (30) días hábiles, contados a partir del día siguiente de presentado el Formulario de Trámite de Gestión Múltiple en los establecimientos de EsSalud donde se haya constituido una Comisión Médica para tal fin.

Artículo 9. Certificado Médico para el trámite de pensión de invalidez del Decreto Ley N° 19990

9.1. Se emite en atención a lo dispuesto en el artículo 26 del Decreto Ley N° 19990, El Gobierno Revolucionario crea el Sistema de Pensiones de la Seguridad Social, conforme al cual es requisito para solicitar una pensión de invalidez en el marco de lo dispuesto en el Sistema Nacional de Pensiones.

9.2. Es requisito para solicitar la prestación del servicio Certificado Médico para el trámite de pensión de invalidez del Decreto Ley N° 19990, presentar el Formulario de Trámite de Gestión Múltiple, que incluye la fecha y número de comprobante de pago del derecho de tramitación.

9.3. Son condiciones para la prestación del servicio Certificado Médico para el trámite de pensión de invalidez del Decreto Ley N° 19990:

a. Mostrar documento de identidad original (DNI, Carné de Extranjería, Pasaporte) al momento de la evaluación médica.

b. Los solicitantes deben ser asegurados por Incapacidad Temporal Prolongada establecida en la Ley N° 26790, y por prórroga de pensión.

c. El costo del servicio no incluye el costo de los exámenes auxiliares y/o interconsultas adicionales que requiera la Comisión Médica de Calificación de la Incapacidad para determinar la condición de incapacidad, los cuales son asumidos por el solicitante.

9.4. El plazo para atender el pedido es de hasta un máximo de treinta (30) días hábiles, contados a partir del día siguiente de presentado el Formulario de Trámite de Gestión Múltiple en los establecimientos de EsSalud donde se haya constituido una Comisión Médica para tal fin.

Artículo 10. Publicación

Publicase el presente Decreto Supremo y su Anexo en el Diario Oficial El Peruano, y en el portal institucional del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (www.gob.pe/mtpe) el mismo día de su publicación en el Diario Oficial El Peruano.

Artículo 11. Refrendo

El presente Decreto Supremo es refrendado por la Ministra de Trabajo y Promoción del Empleo.

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA FINAL

Única. Plazo para la modificación del Texto Único de Procedimientos Administrativos

En un plazo de sesenta (60) días hábiles, el Seguro Social de Salud – EsSalud adecúa su respectivo Texto Único de Procedimientos Administrativos – TUPA, incorporando los servicios prestados en exclusividad aprobados con el presente Decreto Supremo.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los veinticuatro días del mes de noviembre del año dos mil veintiuno.

JOSÉ PEDRO CASTILLO TERRONES
Presidente de la República

BETSY BETSABET CHAVEZ CHINO
Ministra de Trabajo y Promoción del Empleo



FORMULARIO DE TRÁMITE DE GESTIÓN MÚLTIPLE

I. DATOS SOLICITANTE/REPRESENTANTE:		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
D.N.I. <input type="checkbox"/> Carnet de Extranjería / Pasaporte <input type="checkbox"/> N° Teléfono fijo y/o Celular.:		
Domicilio: Departamento: Provincia: Distrito:.....		
Correo electrónico:		

II. DATOS DEL USUARIO DEL SERVICIO DE SALUD/PACIENTE (llenar sólo si es distinto al solicitante):		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
D.N.I. <input type="checkbox"/> Carnet de Extranjería / Pasaporte <input type="checkbox"/> N°.....		

III. SERVICIO SOLICITADO:	
<input type="checkbox"/> Copia de Historia Clínica	<input type="checkbox"/> Informe Médico
<input type="checkbox"/> Duplicado del Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo -CITT	<input type="checkbox"/> Dictamen médico para el Registro de Derechohabiente de Asegurado Titular del Seguro Social de Salud
<input type="checkbox"/> Certificado médico para el trámite de pensión invalidez del Decreto Ley N° 19990	<input type="checkbox"/> Evaluación médica del cónyuge sobreviviente inválido e hijos mayores de dieciocho (18) Años con incapacidad total y permanente para el trabajo
<input type="checkbox"/> Validación de Certificado Médico	Otro:

Descripción del pedido (Especialidad médica, fecha, tipo de examen de ayuda diagnóstica requerido, otros):

Si el servicio solicitado es Validación de Certificado Médico, completar lo siguiente:

CONTINGENCIA <input type="text"/>	(Consignar el código de la tabla de contingencias que esta al reverso del formulario)	
ACTOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA		
Número de RUC	Razón Social	Trabajo habitual u ocupación

PERIODO A VALIDAR:		
Del <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	Al <input type="text"/> (DD/MM/AAAA)	Total días <input type="text"/>
DOCUMENTOS A PRESENTAR		
Se adjunta <input type="text"/>	Documentos señalados en el reverso del Formulario de acuerdo a la Contingencia y Tipo de Atención	

IV. FORMA DE ENTREGA DE LA INFORMACIÓN		
<input type="checkbox"/> Copia simple	<input type="checkbox"/> Correo Electrónico*	Comprobante de Pago:
<input type="checkbox"/> Medio magnético*	<input type="checkbox"/> Otros:	Fecha: N° de comprobante:

V. DECLARACIÓN JURADA (PARA AUTORIZACIÓN DEL RECOJO DE INFORMACIÓN)			
Marque con un aspa "X", si autoriza o no a otra persona para el recojo de la información solicitada	SI	NO	

IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA AUTORIZADA	
N° de Documento de Identidad	Apellidos y nombres

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON VERDADEROS	
Apellidos y nombres del titular o representante	Firma del titular o representante legal

Lo declarado en la presente Declaración Jurada se sujeta a lo señalado en el artículo 34º, numeral 34.3 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General y demás normas pertinentes: "En caso de comprobar fraude o falsedad en la declaración, información o en la documentación presentada por el administrado, la entidad considerará no satisfecha la exigencia respectiva para todos sus efectos, procediendo a declarar la nulidad del acto administrativo sustentado en dicha declaración, información o documento; e imponer a quien haya empleado esa declaración, información o documento una multa en favor de la entidad de entre cinco (5) y diez (10) Unidades Impositivas Tributarias vigentes a la fecha de pago; y, además, si la conducta se adecua a los supuestos previstos en el Título XIX Delitos contra la Fe Pública del Código Penal, ésta deberá ser comunicada al Ministerio Público para que interponga la acción penal correspondiente".

*Sujeto a disponibilidad tecnológica implementada en los establecimientos de Salud de EsSalud

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO DE TRAMITE DE GESTIÓN MÚLTIPLE

¿Cuándo se utiliza este Formulario?

El Formulario de Tramite de Gestión Múltiple se utiliza para los siguientes tramites:

- Copia de Historia Clínica.
- Informe Médico.
- Duplicado del Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo –CITT.
- Validación de Certificado Médico: Contingencias comunes, contingencias laborales, accidente de tránsito, maternidad (incluye Extensión descanso posnatal por parto múltiple o, por discapacidad del recién nacido en el marco de la Ley N°29992).
- Dictamen médico para el Registro de Derechohabiente de Asegurado Titular del Seguro Social de Salud.
- Evaluación médica del cónyuge sobreviviente inválido e hijos mayores de dieciocho (18) Años con incapacidad total y permanente para el trabajo.
- Certificado médico para el trámite de pensión de invalidez del Decreto Ley N° 19990.

Rubro I.- DATOS DEL SOLICITANTE: Consignar tipo y número de documento de identidad, apellidos y nombres, domicilio, número de teléfono fijo y/o celular, y correo electrónico. En caso que el titular designe un representante debe autorizar en el rubro V del Formulario. En caso que el titular no pueda expresar su voluntad, representación por mandato judicial o fallecido, adjuntar la documentación sustentatoria.

Rubro II.- DATOS DEL USUARIO DEL SERVICIO DE SALUD/ PACIENTE: Este rubro será utilizado cuando el solicitante no es el asegurado titular. consignar tipo y número de documento de identidad, apellidos y nombres.

Rubro III.- SERVICIO SOLICITADO: Marcar con una X en el recuadro contiguo al servicio prestado en exclusividad que se solicita, de ser necesario precisar datos adicionales con relación a lo solicitado.

Contingencia: Consignar el código de contingencia respectiva, detalla en la tabla del presente formulario.

Periodo a validar: Consignar el periodo (del/a) y el total de días para su validación.

Documentos a presentar: Consignar la cantidad de documentos que presenta adjunto al formulario. Adjuntar los documentos señalados en la tabla del presente formulario, según su contingencia y tipo de atención.

TABLA DE CONTINGENCIAS Y REQUISITOS		
Código	Contingencia	Requisitos
1	Contingencias comunes	a) Copia del Certificado Médico que incluye los nombres y apellidos del paciente, número de documento de identidad, diagnóstico descriptivo con la Codificación Internacional de Enfermedades, fecha de inicio y de fin del periodo de incapacidad, fecha de otorgamiento del certificado médico, firma del profesional de la salud tratante acorde con el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil - RENIEC, sello legible del profesional de la salud tratante. b) Copia de indicaciones médicas recibidas en la fecha de atención (en caso de paciente no hospitalizado). c) Copia de Epicrisis (en caso de paciente hospitalizado).
2	Contingencias laborales	a) Copia del Certificado Médico que incluya los nombres y apellidos del paciente, número de documento de identidad, diagnóstico descriptivo con la Codificación Internacional de Enfermedades, fecha de inicio y de fin del periodo de incapacidad, fecha de otorgamiento del Certificado Médico, firma del profesional de la salud tratante acorde con el RENIEC, sello legible del profesional de la salud tratante. b) Copia del Aviso de Accidente de Trabajo. c) Copia de la Solicitud de Atención Médica por Accidente de Trabajo (en caso de paciente no hospitalizado). d) Copia de Epicrisis (en caso de paciente hospitalizado).
3	Maternidad /parto múltiple	a) Copia del Certificado Médico que incluya los nombres y apellidos del paciente, número de documento de identidad, diagnóstico descriptivo con la Codificación Internacional de Enfermedades, fecha de inicio y de fin del periodo de descanso por maternidad, fecha de otorgamiento del Certificado Médico, firma del profesional de la salud tratante acorde con el RENIEC, sello legible del profesional de la salud tratante, fecha de última menstruación, fecha probable de parto. b) En caso de Embarazo Prolongado de cuarenta y dos (42) a más semanas: El Certificado Médico debe incluir el diagnóstico de Embarazo Prolongado. c) En caso de Parto Prematuro: Antes de las treinta (30) semanas de gestación se requiere copia del Acta de Nacimiento, cuando el neonato sobrevive; o copia del Acta de Nacimiento y copia de Acta de Defunción, cuando el neonato fallezca después de las setenta y dos (72) horas. d) Después de las treinta (30) semanas, se requiere copia del Acta de Nacimiento. e) En caso que el parto se hubiera producido después de la fecha de parto fijada en el Certificado Médico, se requiere copia de Acta de Nacimiento o Partida de Nacimiento o presentar documento de identidad del recién nacido. f) En caso de postergación del descanso pre natal, adicionar Informe Médico de postergación del descanso por maternidad, emitido por el médico tratante.
4	Niño con Discapacidad Ley N°29992-Extensión del Descanso Post natal	a) Copia del Certificado Médico (en caso de discapacidad permanente del recién nacido). b) Copia del Acta de Nacimiento (en caso de nacimiento múltiple).
5	Accidente de tránsito	a) Copia del Certificado Médico que incluya los nombres y apellidos del paciente, número de documento de identidad, diagnóstico descriptivo con la Codificación Internacional de Enfermedades, fecha de inicio y de fin del periodo de incapacidad, fecha de otorgamiento del certificado médico, firma del profesional de la salud tratante acorde con el RENIEC, sello legible del profesional de la salud tratante. b) Copia del Formato de Registro de Accidentes de Tránsito. c) Copia de indicaciones médicas (en caso de paciente no hospitalizado). d) Copia de Epicrisis (en caso de paciente hospitalizado).

Rubro IV.- FORMA DE ENTREGA DE LA INFORMACIÓN: Marcar con una X en el recuadro contiguo o consignar información del medio de entrega de información.