



SOLICITUD DE REEMBOLSO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

USO ESSALUD

N° Expediente

USO ESSALUD

Folios
(en números
y letras)

I. DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA

Nombre o Razón Social		Teléfono	RUC
			Correo electrónico
Dir. : Av. / Jr. / Calle / Block / Carretera / Malecón / Plaza	N°/Km/Mz/Int/Dpto/Lote	Distrito	Provincia

II. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
Documento de Identidad	Tipo	Número	N° Autogenerado	Teléfono Personal	Tipo de Asegurado Regular ☐ Agrario ☐
Permanencia Laboral					
Fecha de Ingreso	Día	Mes	Año	Continúa Laborando SI ☐ NO ☐	Fecha de Cese
Doce últimas remuneraciones inmediatamente anteriores a la contingencia, sin incluir gratificaciones ni bonificación por vacaciones					
Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año
S/.		S/.		S/.	
Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año
S/.		S/.		S/.	
Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año
S/.		S/.		S/.	
Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año
S/.		S/.		S/.	

III. INFORMACIÓN SOBRE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA

Tipo de Prestación Económica			Banco
Incapacidad Temporal ☐	Maternidad 1° Armada ☐	Maternidad 2° Armada ☐	

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				Jefe de Oficina		

V. DECLARACIÓN JURADA DEL ASEGURADO TITULAR

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 adjuntan a la presente son verdaderos, sujetándome a verificación posterior y a las sanciones a que hubiere lugar.

Firma del Asegurado Titular

VI. DECLARACIÓN JURADA DE LA ENTIDAD EMPLEADORA

Declaro bajo juramento que los datos y la documentación que se adjuntan 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 del Representante Legal 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 Certificados Médicos Particulares - CMP o Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo - CITT de acuerdo a lo siguiente según corresponda :

- En la primera presentación :**
1. CMP o CITT por los primeros 20 días de incapacidad a cargo de la entidad empleadora de conformidad con el artículo 12° de la Ley N° 26790.
2. CITT a partir del vigésimo primer día de incapacidad.

- En la segunda presentación y siguientes :**
1. CITT por los días de incapacidad.

N° Certificado	N° días		Día	Mes	Año		Día	Mes	Año
		Del				Al			
		Del				Al			
		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)

Nº	REQUISITOS	INC. TEMP.	MAT.
1	Originales de los Certificados Médicos Particulares o CITT que sustenten la incapacidad por los primeros veinte días.	()	
2	Originales de los CITT's expedidos por ESSALUD, por el exceso de los veinte días. En caso de Certificados Médicos Particulares deberán canjearlos por CITT.	()	
3	Original del CITT expedido por ESSALUD. En caso de Certificado Médico Particular deberá canjearlo por CITT.		()
4	Declaración Jurada firmada y sellada por el representante legal de la entidad empleadora que certifique la afiliación o no afiliación al SCTR (Opcional)	()	
5	Original de la partida de defunción del asegurado subsidiado fallecido (Opcional).	()	()
6	Copia del Aviso de Accidente de Trabajo, para el caso que esté afiliado al SCTR (Opcional)	()	
7	Carta de presentación de la entidad empleadora firmada por el representante legal, autorizando a un tercero a tramitar la solicitud (Opcional)	()	()
8	Documentos sustentatorios que acrediten que el empleador cumplió con pagar el subsidio al asegurado fallecido, familiar directo o persona autorizada por el mismo (Opcional)	()	()
9	Copia del Parte de Zarpe y Parte de Arribo suscritos por la Capitanía de Puerto, de la nave donde se produjo el accidente y en la fecha de producida la ocurrencia (Ley N° 28320).	()	
10	Constancia de Protesta Informativa emitida por la Capitanía de Puerto que conste la ocurrencia producida tanto para naves de alta mar, como en puerto y/o fondeaderos (Ley N° 28320).	()	
11	Copia de los Partes de Arribo que consigne la fecha de zarpe de la nave incurso, por las faenas de pesca posteriores en que ocurrió el accidente, por las cuales se solicita el reembolso del subsidio (Ley N° 28320).	()	
12	Copias de las boletas de pago y/o contrato de trabajo, firmadas por el trabajador y el representante legal o funcionario interesado de la entidad empleadora (Ley N° 28320).	()	

OBSERVACIONES (USO ESSALUD)

FECHA DE PROGRAMACIÓN DE PAGO



SOLICITUD DE REEMBOLSO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

USO ESSALUD

N° Expediente

USO ESSALUD

Folios
(en números
y letras)

I. DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA

Nombre o Razón Social		Teléfono	RUC
			Correo electrónico
Dir. : Av. / Jr. / Calle / Block / Carretera / Malecón / Plaza	N°/Km/Mz/Int/Dpto/Lote	Distrito	Provincia

II. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
Documento de Identidad	Tipo	Número	N° Autogenerado	Teléfono Personal	Tipo de Asegurado Regular ☐ Agrario ☐
Permanencia Laboral					
Fecha de Ingreso	Día	Mes	Año	Continúa Laborando SI ☐ NO ☐	Fecha de Cese
Doce últimas remuneraciones inmediatamente anteriores a la contingencia, sin incluir gratificaciones ni bonificación por vacaciones					
Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año
S/.		S/.		S/.	
Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año
S/.		S/.		S/.	
Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año
S/.		S/.		S/.	

III. INFORMACIÓN SOBRE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA

Tipo de Prestación Económica			Banco
Incapacidad Temporal ☐	Maternidad 1° Armada ☐	Maternidad 2° Armada ☐	

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				Jefe de Oficina		

V. DECLARACIÓN JURADA DEL ASEGURADO TITULAR

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 adjuntan a la presente son verdaderos, sujetándome a verificación posterior y a las sanciones a que hubiere lugar.

Firma del Asegurado Titular

VI. DECLARACIÓN JURADA DE LA ENTIDAD EMPLEADORA

Declaro bajo juramento que los datos y la documentación que se adjuntan 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 del Representante Legal 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 Certificados Médicos Particulares - CMP o Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo - CITT de acuerdo a lo siguiente según corresponda :

- En la primera presentación :**
- 1. CMP o CITT por los primeros 20 días de incapacidad a cargo de la entidad empleadora de conformidad con el artículo 12° de la Ley N° 26790.
 - 2. CITT a partir del vigésimo primer día de incapacidad.

- En la segunda presentación y siguientes :**
- 1. CITT por los días de incapacidad.

N° Certificado	N° días		Día	Mes	Año		Día	Mes	Año
		Del				Al			
		Del				Al			
		Del				Al			
		Del				Al			
		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 o 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, teléfono, RUC y correo electrónico de la entidad empleadora.
- II. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR**
- Consigne el apellido paterno, apellido materno y nombres del asegurado.
 - Consigne el tipo de documento de identidad, según la codificación siguiente :
(1) DNI (2) Carné de Extranjería (3) NIT (RUC) (4) Pasaporte (5) Carné Fuerzas Armadas (6) Carné Fuerzas Policiales (7) Libreta Militar
 - Asimismo consigne el número de documento de identidad, número autogenerado, el teléfono personal, el tipo de asegurado, fecha de ingreso y cese (consigne el año en cuatro dígitos), en caso no haya cesado marcar con un aspa en el recuadro "si" continúa laborando.
 - Consigne el mes y el año y el importe de las doce 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 TITULAR**
- Consigne el importe pagado por la entidad empleadora al asegurado, en números y letras con referencia a las prestaciones económicas por las cuales solicita el reembolso, consignando en señal de conformidad la firma del asegurado.
- VI. DECLARACIÓN JURADA DE LA ENTIDAD EMPLEADORA**
- Consigne en señal de conformidad la firma y sello del representante legal de la entidad empleadora.
- VII. DOCUMENTOS QUE ACREDITEN LOS DÍAS DE INCAPACIDAD DEL ASEGURADO**
- Por cada Certificado Médico Particular (CMP) o Certificado de Incapacidad Temporal del Trabajo (CITT) deberá consignar: Número, cantidad de días de descanso médico y la fecha de inicio y término del mismo (consigne el año en cuatro dígitos)

OBSERVACIONES (USO ESSALUD)

FECHA DE PROGRAMACIÓN DE PAGO