

## FORMULARIO PARA EL TRÁMITE DE VALIDACIÓN DE CERTIFICADO MÉDICO

 N° Folio EsSalud  
 (Llenado por el asegurado  
 y/o solicitante)

### I.- INFORMACIÓN DE ASEGURADO TITULAR

<b>DATOS DEL ASEGURADO TITULAR:</b>			Número
DNI <input type="checkbox"/>	CARNET EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/>	PASAPORTE <input type="checkbox"/>	
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)	
Número de teléfono o celular	Correo electrónico		

### DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA:

Número de RUC	Razón Social	Trabajo Habitual u Ocupación

### II.- INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (Consignar esta información en caso el solicitante no sea el asegurado titular)

<b>DATOS DEL SOLICITANTE:</b>			Número
DNI <input type="checkbox"/>	CARNET EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/>	PASAPORTE <input type="checkbox"/>	
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)	
Número de teléfono o celular	Correo electrónico		

### III.- CONTINGENCIA

<input style="width: 90%;" type="text"/>	(Consignar el código de la tabla de contingencias que esta al reverso del formato)
--	--

### IV.- PERIODO A VALIDAR

Del	<input style="width: 90%;" type="text" value="(DD/MM/AAAA)"/>	AI	<input style="width: 90%;" type="text" value="(DD/MM/AAAA)"/>	Total días	<input style="width: 90%;" type="text"/>
-----	---	----	---	------------	--

### V.- DOCUMENTOS A PRESENTAR

Se adjunta <input type="checkbox"/>	Documentos señalados en el reverso del Formulario de acuerdo a la Contingencia y Tipo de Atención
-------------------------------------	---

### DECLARACIÓN JURADA:

El firmante declara bajo juramento, que la información consignada y la documentación que se adjunta a la presente declaración es verdadera, no es adulterada, de comprobarse falsedad en la declaración, información o documentación presentada, se encuentra obligado(a) a resarcir los daños ocasionados, así como asumir las sanciones previstas en los artículos pertinentes del Código Penal.

Asimismo, autorizo que las notificaciones se remitan a los correos electrónicos consignados en el presente Formulario.

SI  NO

La firma del solicitante: <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Persona con carta poder simple          <div style="text-align: center;">           Firma del Declarante o Solicitante            _____  <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Tp Dc Id</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Nro documento identidad</td> </tr> </table> </div>	Tp Dc Id	Nro documento identidad	USO DE ESSALUD - REFRENDO          <div style="text-align: center;">           Firma y sello de EsSalud            _____            NIT            _____         </div>
Tp Dc Id	Nro documento identidad		

## FORMULARIO PARA EL TRÁMITE DE VALIDACIÓN DE CERTIFICADO MÉDICO

 N° Folio EsSalud  
 (Llenado por el asegurado  
 y/o solicitante)

### I.- INFORMACIÓN DE ASEGURADO TITULAR

<b>DATOS DEL ASEGURADO TITULAR:</b>		DNI <input checked="" type="checkbox"/>	CARNET EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/>	PASAPORTE <input type="checkbox"/>	Número <b>46715985</b>
Primer apellido <b>VILLANUEVA</b>	Segundo apellido <b>FLORES</b>	Nombre(s) <b>YESSICA LIZETH</b>			
Número de teléfono o celular <b>948 576 214</b>	Correo electrónico <b>villanuevafloresyessicalizeht@gmail.com</b>				

### DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA:

Número de RUC	Razón Social	Trabajo Habitual u Ocupación
<b>20487911586</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE</b>	<b>ENFERMERA</b>

### II.- INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (Consignar esta información en caso el solicitante no sea el asegurado titular)

<b>DATOS DEL SOLICITANTE:</b>		DNI <input type="checkbox"/>	CARNET EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/>	PASAPORTE <input type="checkbox"/>	Número
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)			
Número de teléfono o celular	Correo electrónico				

### III.- CONTINGENCIA

(Consignar el código de la tabla de contingencias que esta al reverso del formato)

### IV.- PERIODO A VALIDAR

Del	<input type="text" value="(02/03/2021 A)"/>	Al	<input type="text" value="(10/03/2021 A)"/>	Total días	<input type="text" value="09"/>
-----	---	----	---	------------	---------------------------------

### V.- DOCUMENTOS A PRESENTAR

 Se adjunta 

Documentos señalados en el reverso del Formulario de acuerdo a la Contingencia y Tipo de Atención

### DECLARACIÓN JURADA:

El firmante declara bajo juramento, que la información consignada y la documentación que se adjunta a la presente declaración es verdadera, no es adulterada, de comprobarse falsedad en la declaración, información o documentación presentada, se encuentra obligado(a) a resarcir los daños ocasionados, así como asumir las sanciones previstas en los artículos pertinentes del Código Penal.

Asimismo, autorizo que las notificaciones se remitan a los correos electrónicos consignados en el presente Formulario.

 SI  NO 

 La firma del solicitante:  Titular  Persona con carta poder simple

USO DE ESSALUD - REFRENDO

  
 Firma del Declarante o Solicitante

Firma y sello de EsSalud

Tp Dc Id

Nro documento identidad

NIT



## REQUISITOS PARA EL TRÁMITE

- El **CERTIFICADO MEDICO PARTICULAR (CMP)**, emitido (por SALUD OCUPACIONAL o MEDICO EXTERNO), deberá ser validado ante ESSALUD para la emisión del **CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO (CITT)**. Adjuntar lo siguiente:
  - 🏆 ORIGINAL Certificado Médico Particular (CMP)
  - 🏆 COPIA DNI
  - 🏆 ORIGINAL del Recibo por Honorarios del Médico
  - 🏆 ORIGINAL de las Recetas
  - 🏆 ORIGINAL comprobante de pago de las recetas
  - 🏆 ORIGINAL de las placas (de ser el caso)
  - 🏆 Todo en folder manila ORIGINAL Y COPIA (para cargo del expediente del servidor)