



FORMATO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS A RECURSOS HUMANOS PARA JUSTIFICACIÓN DE PERMISOS POR ATENCIÓN MÉDICA O ENFERMEDAD, AFILIACIÓN DE EPS Y DERECHOHABIENTES ENTRE OTROS.

Sres. Área de Recursos Humanos

Quien suscribe:

DATOS PERSONALES DEL (LA) TRABAJADOR (A)

NOMBRES Y APELLIDOS	
DNI	
UNIDAD Y/O ÁREA A LA QUE PERTENECE	
CARGO	
FECHA	

Cumple con remitir los siguientes documentos:

	TIPO DE DOCUMENTO	FECHA DEL DOCUMENTO	MARCAR CON UN ASPA(X)
1	DESCANSO MÉDICO ORIGINAL (*)		
2	COPIA DEL RECIBO POR HONORARIOS, FACTURA O BOLETA DE VENTA POR ATENCIÓN MÉDICA		
3	COPIA DE INDICACIONES O RECETA MÉDICA		
4	COPIA DE RESULTADOS DE EXAMENES AUXILIARES Especificar examen: _____		
5	COMPROBANTE DE PAGO DE MEDICAMENTOS Y/O EXAMENES AUXILIARES		
6	CITA O ATENCIÓN MÉDICA		
7	SOLICITUD DE AFILIACIÓN A EPS		
8	SOLICITUD DE AFILIACIÓN DERECHOHABIENTE(**)		
9	FORMULARIOS DE ESSALUD(**) Especificar Nº de Formulario: _____		
10	Otros: Especificar tipo de documento: _____		

(*) Para acreditar el Descanso Médico es necesario adjuntar los documentos 2 al 5. En el caso del Descanso Médico expedido por Essalud solo presentar el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT).

(**) Adjuntar copia de DNI Titular y/o Derechohabiente según sea el caso.

Los cuales adjunto en físico, a fin de continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,

FIRMA DEL TRABAJADOR