



---

# **INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL**

## **NORMA PARA EL OTORGAMIENTO DE INCAPACIDADES TEMPORALES Y LICENCIAS POR MATERNIDAD A LOS ASEGURADOS DEL ISSS**



## **CONTENIDO**

|   |    |
|---|----|
| HOJA DE APROBACIÓN  | 3  |
| REGISTRO DE ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTOS   | 4  |
| CAPÍTULO I. GENERALIDADES DE LA NORMA   | 5  |
| 1. INTRODUCCIÓN   | 5  |
| 2. USO Y ACTUALIZACIÓN  | 5  |
| 3. OBJETIVOS DEL DOCUMENTO  | 6  |
| 4. MARCO LEGAL  | 6  |
| 5. VIGENCIA DE LA NORMA   | 7  |
| CAPÍTULO II. CONTENIDO DE LA NORMA  | 8  |
| 1. CONSIDERACIONES GENERALES  | 8  |
| 1.1. OBJETIVO   | 8  |
| 1.2. NORMAS DEL OTORGAMIENTO DE INCAPACIDADES Y LICENCIAS   | 8  |
| Normas relativas a las incapacidades en el servicio de emergencias  | 10 |
| Normas relativas al lugar de otorgamiento de las incapacidades y licencias  | 10 |
| Norma relativa a la prórroga de incapacidad   | 11 |
| Normas relativas al sistema de control y los comités locales de evaluación de la calidad de atención en salud                               | 11 |
| Normas relativas al almacenaje, custodia y distribución   | 12 |
| Normas relativas al otorgamiento de incapacidades por terceros  | 14 |
| Normas relativas a los períodos no cubiertos ("lagunas") por prórrogas de incapacidades   | 17 |
| Normas relativas a los plazos máximos de incapacidades  | 18 |
| Normas relativas a las incapacidades otorgadas por médicos empresariales  | 19 |
| Norma relativa a las licencias por maternidad   | 19 |
| Norma relativa a las incapacidades y licencias otorgadas en clínicas proveedoras de servicios de salud bajo contrato / convenio con el ISSS | 19 |
| Normas relativas a la reposición de incapacidades   | 20 |
| Normas relativas al responsable del llenado del formulario  | 20 |
| ADENDA Otras normas relativas a las incapacidades por maternidad  | 21 |
| ANEXO 1: INCAPACIDADES QUE GENERAN SUBSIDIO   | 22 |
| ANEXO 2: INCAPACIDADES QUE NO GENERAN SUBSIDIO  | 24 |
| ANEXO 3: REGISTRO DE CERTIFICACIONES DE INCAPACIDAD TEMPORAL  | 25 |



**NORMA PARA EL OTORGAMIENTO DE INCAPACIDADES TEMPORALES Y LICENCIAS POR MATERNIDAD A LOS ASEGURADOS DEL ISSS VERSIÓN 2.0**

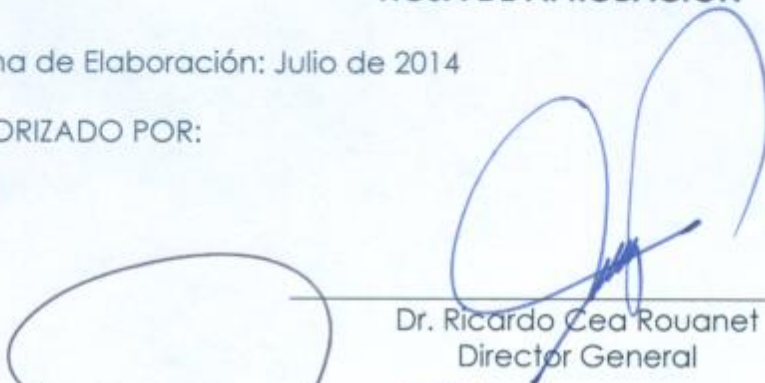
**DEPENDENCIA: TODOS LOS CENTROS DE ATENCIÓN QUE OTORGUEN INCAPACIDADES Y LICENCIAS**



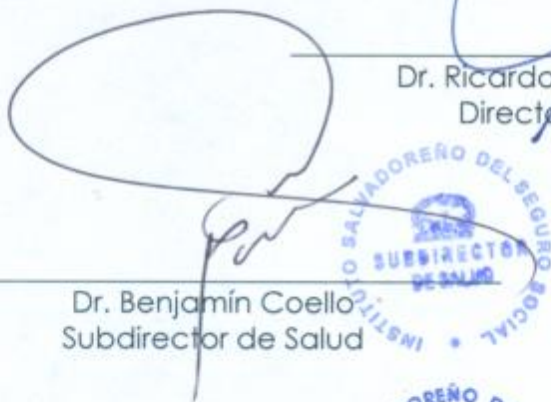
**HOJA DE APROBACIÓN**

Fecha de Elaboración: Julio de 2014

AUTORIZADO POR:

  
 \_\_\_\_\_  
 Dr. Ricardo Cea Rouanet  
 Director General



  
 \_\_\_\_\_  
 Dr. Benjamín Coello  
 Subdirector de Salud



  
 \_\_\_\_\_  
 Ing. Claudia J. Molina Moreno  
 Jefe Unidad de Desarrollo Institucional



REVISADO POR:

  
 \_\_\_\_\_  
 Dr. Héctor Armando Cabezas  
 Jefe Depto. Atención Ambulatoria

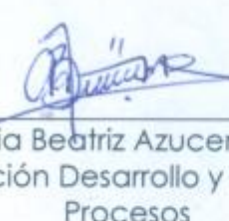


  
 \_\_\_\_\_  
 Dra. Sandra E. Cornejo Rodríguez  
 Jefe Depto. Atención Hospitalaria




  
 \_\_\_\_\_  
 Lic. Evelyn G. Escobar de Chávez  
 Jefe Depto. de Enfermería

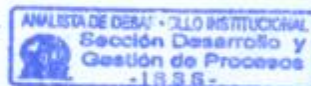



  
 \_\_\_\_\_  
 Inga. Alicia Beatriz Azucena Martínez  
 Jefe Sección Desarrollo y Gestión de Procesos



ELABORADO POR:

  
 \_\_\_\_\_  
 Ing. Carlos Alfredo Vásquez Rodríguez  
 Analista de Desarrollo Institucional



|   |  |
|---|--|
|  | <b>NORMA PARA EL OTORGAMIENTO DE INCAPACIDADES TEMPORALES Y LICENCIAS POR MATERNIDAD A LOS ASEGURADOS DEL ISSS VERSIÓN 2.0</b> |
|   | <b>DEPENDENCIA: TODOS LOS CENTROS DE ATENCIÓN QUE OTORGUEN INCAPACIDADES Y LICENCIAS</b>                                       |

## REGISTRO DE ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTOS

### VERSIÓN 2.0

#### CREACIÓN DEL DOCUMENTO:

|                       |                            |                       |
|-----------------------|----------------------------|-----------------------|
| Subdirección de Salud | División Técnica Normativa | Subdirección de Salud |
| <b>Solicitado por</b> | <b>Elaborado por</b>       | <b>Aprobado por</b>   |
| Fecha: Diciembre 2003 | Fecha: Diciembre 2003      | Fecha: Diciembre 2003 |

#### REGISTROS DE ACTUALIZACIONES:

|                       |   |                                |                |
|-----------------------|---|--------------------------------|----------------|
| Subdirección de Salud | Departamento de Normalización y Estandarización | Dr. Oscar Abrahán Kattán Milla | 1.0            |
| <b>Solicitado por</b> | <b>Elaborado por</b>                            | <b>Aprobado por</b>            | <b>VERSIÓN</b> |
| Fecha: Enero 2009     | Fecha: Junio 2009                               | Fecha: Junio 2009              |                |

|                                 |                                       |                         |                |
|---------------------------------|---------------------------------------|-------------------------|----------------|
| Departamento Gestión de Calidad | Ing. Carlos Alfredo Vásquez Rodríguez | Dr. Ricardo Cea Rouanet | 2.0            |
| <b>Solicitado por</b>           | <b>Elaborado por</b>                  | <b>Aprobado por</b>     | <b>VERSIÓN</b> |
| Fecha: Noviembre 2013           | Fecha: Julio 2014                     | Fecha: Julio 2014       |                |

Modificación: El cambio obedece a la necesidad de integrar las normativas institucionales que previamente eran administradas por la Subdirección de Salud; adicionalmente se han realizado mejoras a los formularios de Incapacidades que generan y no generan subsidios así como ajustes en la normativa relativa al control y llenado de los mismos.



## **CAPÍTULO I. GENERALIDADES DE LA NORMA**

### **1. INTRODUCCIÓN**

En caso de enfermedad, los derechohabientes tendrán derecho, dentro de las limitaciones que fijen los reglamentos respectivos, a recibir los servicios de salud necesarios, y cuando la enfermedad produzca una incapacidad temporal para el trabajo, a los asegurados se les otorgará la incapacidad temporal que corresponda.

El otorgamiento de una incapacidad tiene como fin último propiciar la recuperación de la salud del trabajador y su reincorporación al trabajo, existiendo 2 tipos de incapacidades, las que generan o no el derecho a obtener el pago de un subsidio<sup>1</sup> o de una ayuda económica, derechos que están sujetos a los plazos de calificación y normativas establecidas en la Ley y Reglamentos del Seguro Social.

La presente norma regula el otorgamiento, registro y control de las incapacidades temporales para el trabajador por enfermedad, accidente y licencias por maternidad, otorgadas a asegurados en los centros de atención del Instituto Salvadoreño del Seguro Social tales como: Hospitales, Unidades Médicas, Clínicas Comunales, Clínicas Empresariales y otros establecimientos de salud que brinden servicios a los derechohabientes del ISSS y que requieran de estas prestaciones.

Asimismo, regula aquellas que eventualmente se extiendan en los centros de atención de la red del Ministerio de Salud (Hospitales, Unidades de Salud, etc.) o de los proveedores particulares de servicios de salud con quienes el Instituto mantiene contrato/convenio de servicio o no, las cuales podrán ser homologadas siempre que sean extendidas por profesionales de salud (Médicos, Odontólogos, etc.) facultados por las instituciones formadoras de recursos humanos que legalmente existen para ello y autorizadas por las juntas de vigilancia correspondientes.

### **2. USO Y ACTUALIZACIÓN**

- Las jefaturas deberán mantener en buenas condiciones y poner a disposición del personal un ejemplar de la norma para consulta y análisis del trabajo.

(1) El subsidio generado por incapacidad temporal a cargo del ISSS se otorga a partir del segundo o cuarto día de incapacidad emitido o certificado por un médico del Seguro Social.



## **NORMA PARA EL OTORGAMIENTO DE INCAPACIDADES TEMPORALES Y LICENCIAS POR MATERNIDAD A LOS ASEGURADOS DEL ISSS VERSIÓN 2.0**

**DEPENDENCIA: TODOS LOS CENTROS DE ATENCIÓN QUE OTORGUEN INCAPACIDADES Y LICENCIAS**

- El personal de nuevo ingreso deberá estudiar la norma como parte de su inducción y adiestramiento en el trabajo.
- Las jefaturas del Instituto podrán proponer revisiones y enmiendas, conservando o mejorando la calidad, el control y la eficiencia de los procesos.
- Posterior a las actualizaciones de la normativa, podrán realizarse revisiones y enmiendas de la misma, con la aprobación del Departamento Gestión de Calidad Institucional, solamente una vez al año o si hubieren cambios que lo ameriten, lo cual se deberá registrar en la hoja de actualizaciones incluida en este documento.
- El Departamento Gestión de Calidad Institucional será responsable de enviar los documentos oficializados al usuario a través del medio que se estime conveniente y será publicado en la página web institucional.

### **3. OBJETIVOS DEL DOCUMENTO**

- Servir de guía para la capacitación y orientación del personal involucrado en el desarrollo de los diferentes procedimientos de los procesos del Instituto, brindando los lineamientos específicos para mantener una administración adecuada de los servicios prestados.
- Lograr la mayor eficiencia, calidad y control en las complejas operaciones del Instituto, ahorrando tiempo y esfuerzo en la ejecución del trabajo, al evitar la duplicidad de funciones dentro de los procesos.

### **4. MARCO LEGAL**

- **NTCIE ISSS Mayo 2008.**  
Capítulo III.  
Actividades de Control.  
Documentación, Actualización y Divulgación de Políticas y Procedimientos.  
Art. 48 al 51.  
Capítulo V.  
Normas Relativas al Monitoreo.  
Monitoreo sobre la Marcha.  
Art. 102.



**NORMA PARA EL OTORGAMIENTO DE INCAPACIDADES TEMPORALES Y LICENCIAS POR MATERNIDAD A LOS ASEGURADOS DEL ISSS VERSIÓN 2.0**

**DEPENDENCIA: TODOS LOS CENTROS DE ATENCIÓN QUE OTORGUEN INCAPACIDADES Y LICENCIAS**

- **LEY DEL SEGURO SOCIAL.**

Sección Tercera.

De los beneficios por Maternidad.

Art. 59.

- **REGLAMENTO PARA LA APLICACIÓN DEL RÉGIMEN DEL SEGURO SOCIAL.**

Capítulo V.

Prestaciones pecuniarias y en especie en caso de enfermedad, accidente común y maternidad.

- **CÓDIGO PROCESAL CIVIL Y MERCANTIL.**

Sección Primera.

Documentos.

Autenticidad de los instrumentos.

Art. 334.

- **CÓDIGO DE TRABAJO.**

Capítulo II.

Prestaciones por maternidad.

Art. 309.

## **5. VIGENCIA DE LA NORMA**

La “Norma para el otorgamiento de incapacidades temporales y licencias por maternidad a los asegurados del ISSS” entrará en vigencia a partir del mes de su divulgación.





## **CAPÍTULO II. CONTENIDO DE LA NORMA**

### **1. CONSIDERACIONES GENERALES**

#### **1.1. OBJETIVO**

Regular el proceso de otorgamiento de incapacidades temporales para el trabajo o licencias por maternidad, a los asegurados del ISSS, para que sean congruentes con los servicios de salud brindados y motivo de consulta, así como garantizar que estén enmarcadas en lo estandarizado, establecido y normado en las guías de manejo o procedimiento de tratamiento.

#### **1.2. NORMAS DEL OTORGAMIENTO DE INCAPACIDADES Y LICENCIAS**

1. Aplicarán esta normativa todos los profesionales del ISSS, quienes en el ámbito de sus competencias, se relacionan directa o indirectamente con el proceso de otorgamiento de incapacidades temporales para el trabajo y licencias por maternidad a los asegurados del ISSS.
2. Los Directores de los centros de atención del ISSS y la Subdirección de Salud, en el ámbito de sus competencias, son los responsables de la vigilancia en el cumplimiento de la presente normativa.
3. Tienen derecho al otorgamiento de incapacidades que generan subsidio, todos los cotizantes activos del ISSS, exceptuando los pensionados por invalidez, vejez o viudez que no coticen al ISSS como trabajadores activos.
4. Las incapacidades temporales para el trabajo por enfermedad, accidentes y las licencias por maternidad, podrán ser extendidas sólo por profesionales expresamente autorizados por el Instituto y se emitirá en el formulario: "CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL: INCAPACIDADES QUE GENERAN / QUE NO GENERAN SUBSIDIO" (ver anexos 1 y 2). Toda prescripción de incapacidad o licencia deberá ser escrita en unidades de "días", en números y letras.
5. Se podrá otorgar incapacidad que genera subsidio a los pensionados por riesgo profesional que cotizan al ISSS, siempre y cuando la patología que genera la incapacidad no se encuentre relacionada con el riesgo profesional que dio origen a la pensión.



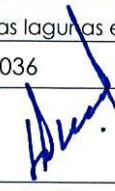





**NORMA PARA EL OTORGAMIENTO DE INCAPACIDADES TEMPORALES Y LICENCIAS POR MATERNIDAD A LOS ASEGURADOS DEL ISSS VERSIÓN 2.0**

**DEPENDENCIA: TODOS LOS CENTROS DE ATENCIÓN QUE OTORGUEN INCAPACIDADES Y LICENCIAS**

6. Se excluirá del otorgamiento de incapacidades que generan subsidios y se emitirá incapacidad sin derecho al beneficio económico a los derechohabientes que reciban atenciones en las siguientes circunstancias:
  - a. Los pensionados por vejez o invalidez común, debido a que no registran cotizaciones como trabajador activo, por lo tanto, si están laborando, se extenderá incapacidad en el formato que no genera subsidio.
  - b. A beneficiarios que se encuentren laborando, pero que no coticen al ISSS por lo tanto no se registran cotizaciones en el ISSS.
  - c. A las personas pensionadas por viudez que no estén cotizando como trabajadoras activas, les asiste el derecho a que se les brinde asistencia médica y sus respectivos exámenes de acuerdo al criterio técnico médico según su enfermedad; sin embargo, no tienen derecho al pago del subsidio ni al reclamo del mismo.
7. Todas las incapacidades así como las licencias por maternidad, extendidas en la red de servicios de salud del ISSS deben registrarse en el respectivo formulario institucional. El formulario de incapacidades, deberá contener toda la información solicitada en el mismo, de forma legible. Si no cumple con este requisito, por ningún motivo se hará efectivo el trámite y se devolverá al lugar correspondiente.
8. El período de la incapacidad comenzará a partir de la fecha en que el derechohabiente pasa consulta o inicia un ingreso hospitalario; se exceptúan las prórrogas de incapacidad, los períodos no cubiertos por incapacidad generada por la misma patología (ver normas relativas a las "lagunas") y las licencias por maternidad (ver norma relativa a las licencias por maternidad)<sup>2</sup>.
9. Para efectos de control, la información consignada en el formulario, en el expediente y en los sistemas de registro y control, serán consistentes.
10. Todo formulario de incapacidad emitido, debe tener la información completa de forma clara y legible, además llenar todos los espacios conforme lo solicitado en cada una de las casillas; así como los sellos deben estar perfectamente legibles, a excepción de los campos destinados a los patronos y según lo establecido en las normas relativas al responsable del llenado del formulario.

<sup>2</sup> Normas relativas a las lagunas en página 17 y normas relativas a licencias por maternidad página 19.

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| COD: NOR-S-036  |   | Página 9 de 25  |  |
| F. <br>Dr. Ricardo F. Flores Salazar<br>Subdirector de Salud |  | F. <br>Inga. Claudia Jenniffer Molina<br>Jefe de Unidad de Desarrollo Institucional | <br>Fecha de modificación<br>29/03/2017 |





**NORMA PARA EL OTORGAMIENTO DE INCAPACIDADES TEMPORALES Y LICENCIAS POR MATERNIDAD A LOS ASEGURADOS DEL ISSS VERSIÓN 2.0**

**DEPENDENCIA: TODOS LOS CENTROS DE ATENCIÓN QUE OTORGUEN INCAPACIDADES Y LICENCIAS**

11. Todas las incapacidades por enfermedad o accidentes, así como las licencias por maternidad que se extiendan en el centro de atención, independientemente que generen o no subsidio, deben registrarse en la base de datos de incapacidades.
12. Cuando la incapacidad sea de más de 30 días debe pasar a firma de la Dirección Médica Local.
13. Para gozar de la prestación de licencia por maternidad, las trabajadoras deberán cumplir con un período de cotización de 16 semanas en los últimos 12 meses calendario anteriores al mes que se presume que ocurrirá el parto.

**Normas relativas a las incapacidades en el servicio de emergencias**

14. Cuando en los servicios de Emergencias no se disponga del expediente clínico del derechohabiente, la anotación de la incapacidad deberá consignarse en la hoja de emergencia.
15. La extensión de incapacidad en los servicios de Emergencia se realizará amparándose en lo normado en las guías de manejo correspondiente a la patología diagnosticada; en caso no estuviera normado, prevalecerá el criterio técnico del médico tratante.
16. En los casos que los asegurados sean referidos a su clínica de adscripción o servicio especializado por el médico de emergencia, serán reevaluados y de requerirlo, se ampliará el período de incapacidad.

**Normas relativas al lugar de otorgamiento de las incapacidades y licencias**

17. Las incapacidades que se otorguen, deberán ser extendidas como consecuencia de una consulta en la red de servicios del ISSS, centros privados o de los proveedores de servicios del Ministerio de Salud (MINSAL).
18. Cuando se trate de médicos de empresa o médicos que laboran para proveedores de servicios de salud bajo contrato / convenio con el ISSS, las incapacidades deberán ser extendidas en el lugar donde el médico preste sus servicios y toda homologación se hará en la respectiva clínica o Unidad Médica de adscripción.

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| COD: NOR-S-036  |  |  | Página 10 de 25                        |
| F.<br>Dr. Ricardo F. Flores Salazar<br>Subdirector de Salud | F.<br>Inga. Claudia Jennifer Molina<br>Jefe de Unidad de<br>Desarrollo Institucional |  | Fecha de<br>modificación<br>23/09/2016 |



**NORMA PARA EL OTORGAMIENTO DE INCAPACIDADES TEMPORALES Y LICENCIAS POR MATERNIDAD A LOS ASEGURADOS DEL ISSS VERSIÓN 2.0**

**DEPENDENCIA: TODOS LOS CENTROS DE ATENCIÓN QUE OTORGUEN INCAPACIDADES Y LICENCIAS**

19. En todos los casos, las incapacidades deberán ser anotadas en el expediente clínico respectivo, salvo lo establecido en las normas relativas a las incapacidades en el servicio de emergencias.

**Norma relativa a la prórroga de incapacidad**

20. Para otorgar una prórroga de incapacidad el principal aspecto a evaluar será que el derechohabiente no presente mejoría de la misma enfermedad o tenga una complicación de la misma en el plazo o tiempo estandarizado en las Guías de Manejo de la Institución, lo cual será determinado a través de una consulta médica. Para su validez será necesario justificarla conforme al criterio técnico del médico previo examen correspondiente, y dejarlo por escrito en el expediente clínico del derechohabiente atendido.

**Normas relativas al sistema de control y los comités locales de evaluación de la calidad de atención en salud**

21. Los Directores de cada centro de atención deberán llevar un registro y control de toda extensión de las incapacidades por enfermedad o accidentes y licencias por maternidad por cualquier medio, de preferencia en los sistemas computarizados.
22. Corresponderá a la División de Monitoreo y Evaluación, revisar periódicamente los informes generados en el nivel local y se dará seguimiento periódico a la aplicabilidad y cumplimiento del numeral anterior.
23. En todo centro médico (incluyendo las Clínicas Comunes y Unidades Médicas) funcionará un "Comité Local de Evaluación de la Calidad de Atención en Salud", que revisará los formularios de incapacidad en forma aleatoria cada 3 meses y llevará un control, elaborando un informe de lo encontrado, análisis, conclusiones y recomendaciones, enviando copia a la División de Monitoreo y Evaluación. Las Clínicas Comunes y las Empresariales no están autorizadas para realizar el procedimiento



**NORMA PARA EL OTORGAMIENTO DE INCAPACIDADES TEMPORALES Y LICENCIAS POR MATERNIDAD A LOS ASEGURADOS DEL ISSS VERSIÓN 2.0**

**DEPENDENCIA: TODOS LOS CENTROS DE ATENCIÓN QUE OTORGUEN INCAPACIDADES Y LICENCIAS**

administrativo que en esta norma se ha dado en llamar "homologación de incapacidades y licencias".

24. En las Clínicas Comunes, el equipo de Médicos, deberá someter a evaluación sus casos, participando activamente en el proceso.
25. Los Comités Locales de Evaluación de la Calidad de Atención en Salud, tienen el cometido de vigilar la aplicación de las normas relacionadas con el otorgamiento de incapacidades en todos los centros asistenciales.
26. El Comité Local de Evaluación de la Calidad de Atención en Salud se constituye, entre otras cosas para:
  - a. Apoyar al Director Local en la homologación de las incapacidades.
  - b. Evaluar la incapacidad o las incapacidades que suman más de 30 días.
  - c. Desarrollar un sistema de información que permita retroalimentar el proceso de evaluación de las incapacidades críticas recurrentes.
  - d. Facilitar información operativa en el área de incapacidades, que permita la creación de mejores indicadores, con el fin de lograr mayor eficiencia en la toma de decisiones.

**Normas relativas al almacenaje, custodia y distribución**

27. La imprenta designada para la impresión de los formularios de Incapacidades que generan subsidios y las que no generan subsidios, tiene la responsabilidad de llevar un control manual o mecanizado de cantidades de formularios impresos, numerados por series y en orden correlativo, lugares de distribución con cantidades numeradas, personas a quienes se les entrega, medio de transporte, día y hora de entrega. Este mismo sistema de control es aplicable para almacenamiento y distribución de artículos generales, almacenes regionales, locales y las dependencias dentro de los centros de atención.
28. La dependencia de almacenamiento y distribución de artículos generales es la responsable de velar por la existencia y dotación de los formularios de incapacidades que generen o no subsidios, a todos los centros que



**NORMA PARA EL OTORGAMIENTO DE INCAPACIDADES TEMPORALES Y LICENCIAS POR MATERNIDAD A LOS ASEGURADOS DEL ISSS VERSIÓN 2.0**

**DEPENDENCIA: TODOS LOS CENTROS DE ATENCIÓN QUE OTORGUEN INCAPACIDADES Y LICENCIAS**

conforman la red de servicios de salud del ISSS, llevando un control sobre la distribución de los formularios a nivel nacional.

29. A nivel local, el lote de formularios estará custodiado por la persona designada por la Dirección y sólo podrán suministrarse a las demás dependencias o servicios por medio de nota de autorización elaborada por el Director de cada centro. Además, la entrega se realizará conforme al número de serie, correlativo, nombre, cargo y firma de la persona que recibe los formularios de incapacidad.
30. El Director local velará por la correcta utilización de los formularios y es su responsabilidad el control de las existencias y su distribución.
31. Los centros de atención deberán agotar la existencia de formularios de incapacidades (incluso versiones obsoletas), previo a solicitar el aprovisionamiento de nuevas existencias.
32. El encargado del almacén y/o bodega del centro de atención, llevará un libro donde registrará el nombre del servicio o dependencia que solicita los talonarios de formularios que generan / que no generan subsidios; anotando las series y correlativos de los formularios, los nombres y firmas de las personas que reciben estos últimos (de preferencia también se deberá llevar el registro mecanizado). Igualmente, el vale de consumo tiene que llevar los nombres y firmas de los responsables del servicio o dependencia que solicita. Asimismo, se anotará como recibido por el solicitante en el libro de control, registrando en dónde será utilizada la papelería.
33. La entrega formal de esta papelería al personal de las clínicas debe registrarse por escrito mediante fecha, nombre de la persona autorizada, puesto de trabajo, firma y sello de recibido, dejando constancia de la serie del formulario, los números correlativos u otros mecanismos de control de dicha papelería. En caso de presentarse el extravío de los formularios, la dependencia responsable deberá informar sobre el hecho a la División Monitoreo y Evaluación, así como divulgarlo por los medios que el Instituto disponga, definiendo al menos el tipo de formulario, serie y números correlativos extraviados, a fin de prevenir el uso indebido de los mismos.





### **Normas relativas al proceso de extensión de incapacidad**

34. Cada derechohabiente al que se le otorgue una incapacidad, deberá ser registrado en un libro u otro medio de registro mecanizado del que se disponga, debiéndose anotar: el número de serie y correlativo del certificado de incapacidad, el nombre del derechohabiente, el número de afiliación, el número de documento de identificación (DUI o carné de minoridad, según sea el caso), el diagnóstico, los días de incapacidad en número y letras, el nombre y código del médico que extiende la incapacidad o licencia. Además, el número de serie y correlativo de la incapacidad deberá quedar consignado en el expediente clínico del derechohabiente.
35. Los formularios anulados o inutilizados deberán conservarse y entregarse en boletines al responsable de la custodia a nivel local, quien deberá resguardarlos y realizar las acciones pertinentes, conforme a la Ley de Acceso a la Información Pública y su reglamento o bien, solicitar lineamientos a la Sección Archivo Institucional.
36. El número de serie y correlativo del formulario, los días de incapacidad con fecha de inicio y finalización que se prescriban a derechohabientes, deberán ser anotados en la hoja de Registro de Certificaciones de Incapacidad Temporal (Anexo N° 3) del expediente clínico.

### **Normas relativas al otorgamiento de incapacidades por terceros**

37. El Instituto podrá valorar recomendaciones de incapacidad para un trabajador cotizante activo, extendida en los establecimientos de los proveedores privados de servicios de salud o del sistema de Salud Pública.
38. Para la homologación de tales recomendaciones, el interesado presentará los documentos consignados en el numeral 40 de esta sección, personalmente o a través de un delegado a la oficina de trabajo social de la Unidad Médica que le corresponda, quien llevará el caso al Director local o su designado para que valide la incapacidad. En caso que el interesado no pueda movilizarse hasta el centro de atención, el Director enviará personal de salud al domicilio correspondiente para su respectiva verificación. La homologación de incapacidades será realizada en las Unidades Médicas, quedando excluidas de tal actividad las Clínicas



**NORMA PARA EL OTORGAMIENTO DE INCAPACIDADES TEMPORALES Y LICENCIAS POR MATERNIDAD A LOS ASEGURADOS DEL ISSS VERSIÓN 2.0**

**DEPENDENCIA: TODOS LOS CENTROS DE ATENCIÓN QUE OTORGUEN INCAPACIDADES Y LICENCIAS**

Comunales y Empresariales. En el caso de los Hospitales, solamente homologarán incapacidades a derechohabientes trasladados de hospitales privados o del Ministerio de Salud, debiendo la incapacidad llevar el mismo diagnóstico de traslado. En Hospitales Regionales, será la Consulta Externa la dependencia responsable de homologar incapacidades.

39. A solicitud de un cotizante activo, podrá reconocerse como incapacidad el período durante el cual estuvo internado en un hospital privado o público, según la escala de competencias establecidas en esta norma. En tal caso, corre por cuenta del interesado probar con la documentación necesaria el período de internamiento.
40. Para probar el internamiento y/o atención ambulatoria, el interesado deberá presentar los siguientes documentos:
  - a. Constancia de internamiento extendida por el Director del Hospital respectivo, en original, firmada y sellada.
  - b. Certificación de incapacidad en original extendida por el médico tratante, especificando el diagnóstico y los días de incapacidad que le extiende.
  - c. Documento de identidad (DUI o carné de minoridad), del derechohabiente y persona autorizada, original y copia.
  - d. En los casos que sea necesario, tarjeta de afiliación vigente, original y copia.
  - e. El ISSS se reserva el derecho a pedir más datos para solicitar una auditoría del expediente particular en donde se consignó la incapacidad, si lo considera pertinente. Asimismo, siempre se deberá verificar los derechos de atención en los sistemas del ISSS.
41. En los casos que el derechohabiente haya recibido tratamiento médico y/o intervenciones en el exterior y presente trámite de incapacidad, la constancia extendida por el profesional que le atendió deberá estar firmada y sellada por el consulado de El Salvador en el país o estado donde se emitió, así como apostillada y traducida por el Ministerio de Relaciones Exteriores en El Salvador. En el caso de países con los que no existan relaciones diplomáticas, deberá evaluarse minuciosamente por el





**NORMA PARA EL OTORGAMIENTO DE INCAPACIDADES TEMPORALES Y LICENCIAS POR MATERNIDAD A LOS ASEGURADOS DEL ISSS VERSIÓN 2.0**

**DEPENDENCIA: TODOS LOS CENTROS DE ATENCIÓN QUE OTORGUEN INCAPACIDADES Y LICENCIAS**

- personal médico en la especialidad que corresponda si procede homologar la incapacidad o no.
42. En casos de intervenciones quirúrgicas, las personas deberán presentar, además:
    - a. El reporte operatorio.
    - b. El reporte de estudios con valor probatorio para justificar la intervención, en los casos que aplique.
  43. La validación de las recomendaciones de incapacidad las podrá extender: el Director médico o el médico que designe para tal fin, quedando por escrito toda la información relativa a la enfermedad y los datos concernientes a la incapacidad en el expediente del derechohabiente, además de ser censado en el registro diario de consulta.
  44. Estos casos deben tramitarse en un plazo de ocho días hábiles a partir de la fecha en que fue formulada la recomendación, para que, previo al análisis de rigor, y la confirmación de la patología señalada, la recomendación se admita, modifique o deniegue. Dicho trámite podrá ser realizado por un familiar o delegado con los documentos correspondientes.
  45. Si la gestión se hiciera pasados estos ocho días, el caso deberá ser resuelto por el Director local, de acuerdo al criterio técnico-administrativo Institucional.
  46. Si la recomendación de incapacidad generada por un médico particular se admite y es homologada, deberá escribirse el nombre del médico responsable que la extendió en el mismo espacio de la casilla donde se coloca el diagnóstico del formulario "Incapacidades que Generan Subsidio". Si la incapacidad es extendida por Médico u Odontólogo particular y que trabaja para el ISSS, éstos no podrán participar en el proceso de homologación.
  47. Los documentos que se requieren para la homologación de las licencias por maternidad son:
    - a. Constancia médica de atención del parto, en original, con firma y sello.



**NORMA PARA EL OTORGAMIENTO DE INCAPACIDADES TEMPORALES Y LICENCIAS POR MATERNIDAD A LOS ASEGURADOS DEL ISSS VERSIÓN 2.0**

**DEPENDENCIA: TODOS LOS CENTROS DE ATENCIÓN QUE OTORGUEN INCAPACIDADES Y LICENCIAS**

- b. Documento de identidad vigente (DUI o carné de minoridad), original y copia.
- c. En los casos que sea necesario, tarjeta de afiliación, original y copia.
- d. Constancia de incapacidad, que contemple el diagnóstico y los días de incapacidad.
- e. Plantares del niño, original y copia, si aplica.
- f. El Instituto se reserva el derecho a solicitar más datos que permitan la identificación de la fuente y del expediente donde se consignó la incapacidad a homologar. Asimismo, podrá verificar los derechos de atención en los sistemas del ISSS según corresponda.

**Normas relativas a los períodos no cubiertos ("lagunas") por prórrogas de incapacidades**

48. Por diversas razones, existen situaciones en las que entre una incapacidad inicial y una prórroga no existe la extensión del documento de incapacidad que cubra los días intermedios que son vacíos de incapacidad y que generan dificultad para el pago de subsidios, a los que en este documento llamaremos "lagunas de incapacidad". En estos casos:

- a. Si el derechohabiente fue incapacitado inicialmente en el mismo centro de atención pero por diferente médico, el médico que lo atienda en esta ocasión revisará el expediente y con base a su criterio técnico, extenderá la prórroga de la incapacidad cubriendo la "laguna" hasta por tres (3) días que queden descubiertos, siempre y cuando sea la consulta subsecuente por la misma condición mórbida o como consecuencia de la misma, y en todo caso, anotará en el expediente consignando la actuación. En estos casos la "laguna" a cubrir no podrá superar los tres (3) días, salvo casos justificables, situación que deberá ser corroborada por el médico tratante; y para su validez deberá quedar consignada en el expediente clínico del derechohabiente.

|   |  |  |
|---|--|--|
| COD: NOR-S-036  |  | Página 17 de 25                        |
| F.<br>Dr. Ricardo F. Flores Salazar<br>Subdirector de Salud | F.<br>Inga. Claudia Jennifer Molina<br>Jefe de Unidad de<br>Desarrollo Institucional | Fecha de<br>modificación<br>23/09/2016 |



**NORMA PARA EL OTORGAMIENTO DE INCAPACIDADES TEMPORALES Y LICENCIAS POR MATERNIDAD A LOS ASEGURADOS DEL ISSS VERSIÓN 2.0**

**DEPENDENCIA: TODOS LOS CENTROS DE ATENCIÓN QUE OTORGUEN INCAPACIDADES Y LICENCIAS**

- b. Cuando el derechohabiente visite otro centro de atención diferente de donde fue incapacitado inicialmente, y que a criterio técnico amerite y necesite prórroga por la misma enfermedad, ésta será extendida por el Director del centro o quien éste designe, previa valoración del caso, sin establecer cupo o cita, y se solicitará por fax o correo electrónico al centro de atención donde fue atendido originalmente la documentación que respalde su actuación, estas prórrogas podrán igualmente cubrir "lagunas" de días descubiertos. Dejará por escrito en el expediente una nota de evolución consignando lo anterior y en la casilla de observación del formulario de incapacidad pondrá una explicación breve del caso.

**Normas relativas a los plazos máximos de incapacidades**

49. Los cotizantes activos tienen derecho a incapacitarse hasta por 52 semanas continuas, siempre y cuando se trate de la misma enfermedad o una complicación que se derive de la misma patología. En los casos que se trate de enfermedad diagnosticada o catalogada como invalidante o que la persona presenta disminución de funciones físicas o mentales por la misma enfermedad que le imposibilitan desarrollar actividades de trabajo, deberá orientársele para que inicie el trámite de su pensión en el momento que se diagnostique la misma. Cada caso debe analizarse individualmente y no se debe esperar a que se cumpla el plazo de las 52 semanas para enviarlos a la entidad evaluadora de pensiones, la Administradora de Fondo de Pensiones (AFP) respectiva, a través de Trabajo Social del centro de atención donde ha sido incapacitado; pues siempre es necesaria una oportuna evaluación y dictamen.
50. Para el control del tiempo que cada cotizante lleva incapacitado, la Sección Subsidios debe llevar contabilizados los días otorgados a cada cotizante, previendo una forma dinámica de acceso a esta información, y dicha Sección otorgará un aviso al derechohabiente al cumplir los 180 días de incapacidad.





**NORMA PARA EL OTORGAMIENTO DE INCAPACIDADES TEMPORALES Y LICENCIAS POR MATERNIDAD A LOS ASEGURADOS DEL ISSS VERSIÓN 2.0**

**DEPENDENCIA: TODOS LOS CENTROS DE ATENCIÓN QUE OTORGUEN INCAPACIDADES Y LICENCIAS**

**Normas relativas a las Incapacidades otorgadas por médicos empresariales**

51. Las incapacidades extendidas por médicos empresariales de un período menor de 30 días, no tendrán necesidad de trámite posterior. Períodos de 30 días o más, deberán ser enviadas a la Unidad Médica de adscripción.
52. Los médicos de empresa tendrán la obligación de enviar un informe mensual a la Dirección de la Unidad Médica de adscripción respectiva, el cual incluirá la totalidad de las incapacidades extendidas en el período. En ese reporte mensual se deberá detallar la información de todas las incapacidades extendidas, debiendo anotar número de serie y correlativo, nombre del derechohabiente, número de afiliación, diagnóstico, días de incapacidad prescritos y el nombre del médico tratante.

**Norma relativa a las licencias por maternidad**

53. Con motivo de maternidad, a toda trabajadora cotizante se le extenderá una licencia hasta por ciento doce (112) días, período que puede incluir tiempo del pre y post parto, en un solo documento, que contemple la fecha del parto, conforme se establece en las leyes generales y especiales aplicables. Las casillas del formulario que dicen desde... y hasta... del campo "PERÍODO DE INCAPACIDAD" quedarán vacías; y la fecha de inicio de la incapacidad será la especificada por el patrono en la constancia proporcionada por el ISSS, en la cual indica el día en que comenzó a gozar de su descanso por maternidad. El certificado de incapacidad se le entregará a la derechohabiente en la fecha de alta por el parto o en su defecto, en un período no mayor a cinco días hábiles. En caso de duda, la interesada podrá solicitar orientación en Trabajo Social sobre el trámite correspondiente.

Las incapacidades generadas por una patología del embarazo o puerperio serán consideradas como riesgos comunes y serán completadas según lo establece la norma N° 10.

**Norma relativa a las incapacidades y licencias otorgadas en clínicas proveedoras de servicios de salud bajo contrato / convenio con el ISSS**

54. Las incapacidades de maternidad otorgadas por profesionales de la salud facultados legalmente para ello, que laboren para proveedores de servicios de salud bajo contrato / convenio con el ISSS, podrán ser

|   |  |                                     |
|---|--|-------------------------------------|
| COD: NOR-S-036  |  | Página 19 de 25                     |
| F.<br>Dr. Ricardo F. Flores Salazar<br>Subdirector de Salud | F.<br>Inga Claudia Jennifer Molina<br>Jefe de Unidad de Desarrollo Institucional | Fecha de modificación<br>23/09/2016 |





**NORMA PARA EL OTORGAMIENTO DE INCAPACIDADES TEMPORALES Y LICENCIAS POR MATERNIDAD A LOS ASEGURADOS DEL ISSS VERSIÓN 2.0**

**DEPENDENCIA: TODOS LOS CENTROS DE ATENCIÓN QUE OTORGUEN INCAPACIDADES Y LICENCIAS**

homologadas conforme a lo establecido en esta normativa en el apartado "Normas relativas al otorgamiento de incapacidades por terceros<sup>1</sup>".



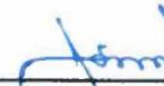
**Normas relativas a la reposición de incapacidades**

- 55. En casos que el derechohabiente por cualquier motivo extravíe, deteriore y/o manche involuntariamente la incapacidad original inicial o prórroga de la misma, su reposición será firmada por el Director del centro de atención, obteniendo la información para su validez, del expediente del derechohabiente. En todo caso, el motivo de la reposición deberá justificarse y escribirse en el expediente del derechohabiente y en la incapacidad se deberá anotar, en las OBSERVACIONES DEL CENTRO DE ATENCIÓN, que ésta corresponde a una reposición, especificando el número de serie y correlativo del Certificado de Incapacidad Temporal que se está reponiendo (en el numeral 31 si genera subsidio o en el numeral 18, en el caso que no genere subsidio).
- 56. Cuando el derechohabiente presente una incapacidad alterada en su contenido, se someterá a lo dispuesto en la Ley del Seguro Social y las demás leyes aplicables.

**Normas relativas al responsable del llenado del formulario**

- 57. El médico tratante, será el responsable de llenar los siguientes espacios:
  - a. El numeral 12 PERÍODO DE INCAPACIDAD, señalando "DESDE" y "HASTA" (a excepción de lo establecido en la norma N° 53), así como el TOTAL DE DÍAS en números y letras.
  - b. El numeral 15 NOMBRE Y CÓDIGO DEL MÉDICO, con su respectivo sello.
  - c. El numeral 16 FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE.
  - d. El campo DIAGNÓSTICO, numeral 19 si genera subsidio, o 17 si no genera subsidio, con letra clara y legible.
- 58. El patrono del cotizante obligatorio, será el responsable de llenar los siguientes espacios:

<sup>1</sup> Normas relativas al otorgamiento de incapacidades por terceros en página 14.

|   |   |                                     |
|---|---|-------------------------------------|
| COD: NOR-S-036  |   | Página 20 de 25                     |
| F. <br>Dr. Ricardo F. Flores Salazar<br>Subdirector de Salud | <br>F. <br>Inga. Claudia Jennifer Molina<br>Jefe de Unidad de Desarrollo Institucional | Fecha de modificación<br>23/09/2016 |



**NORMA PARA EL OTORGAMIENTO DE INCAPACIDADES TEMPORALES Y LICENCIAS POR MATERNIDAD A LOS ASEGURADOS DEL ISSS VERSIÓN 2.0**

**DEPENDENCIA: TODOS LOS CENTROS DE ATENCIÓN QUE OTORGUEN INCAPACIDADES Y LICENCIAS**

- a. El numeral 10 NOMBRE DEL PATRONO.
- b. El numeral 11 No. PATRONAL.
- c. Si solicita subsidios, el numeral 33 FIRMA DEL PATRONO O REPRESENTANTE LEGAL con su respectivo sello en el numeral 34.



En el caso de empleados del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, el jefe inmediato o quien éste designe será el responsable de llenar la información anterior.

- 59. El resto de ítems, exceptuando aquellos de uso exclusivo de Subsidios, serán llenados por la enfermera, colaborador clínico o trabajador social.

**ADENDA**

**Otras normas relativas a las incapacidades por maternidad**

- 60. En el caso de expulsión de productos de la concepción menores a 500 gramos durante el primer trimestre, el período de incapacidad se otorgará acorde a la recuperación que requiera el procedimiento quirúrgico realizado para su resolución.
- 61. En el caso de expulsión de productos de la concepción menores a 500 gramos y que sean mayores a 14 semanas, se otorgará una incapacidad por un período de 28 días a efectos de dar lugar a la recuperación.
- 62. En el caso de los nacidos muertos de 500 gramos (o más) y aquellos recién nacidos que fallecen mientras la madre todavía está ingresada en el centro de atención, se deberán otorgar 40 días correspondientes al período puerperal.

|  |   |  |
|--|---|--|
| COD: NOR-S-036   |   | Página 21 de 25                          |
| F. <br>Dr. Benjamín Pompilio Coello<br>Subdirector de Salud | F. <br>Inga. Claudia Jenniffer Molina<br>Jefe de Unidad de Desarrollo Institucional | Fecha de modificación<br>4/Febrero/ 2015 |





**NORMA PARA EL OTORGAMIENTO DE INCAPACIDADES TEMPORALES Y LICENCIAS POR MATERNIDAD A LOS ASEGURADOS DEL ISSS VERSIÓN 2.0**

**DEPENDENCIA: TODOS LOS CENTROS DE ATENCIÓN QUE OTORGUEN INCAPACIDADES Y LICENCIAS**

**ANEXO 1: INCAPACIDADES QUE GENERAN SUBSIDIO**

**INCAPACIDADES QUE GENERAN SUBSIDIOS**

| <b>INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL<br/>CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL (C.I.T.)</b>  |  | 1. SELLO DE CLÍNICA O SERVICIO  |                 |              |   |              |                 |   |                          |                 |   |   |      |   |   |               |   |   |                                |                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|--|--|---|-----------------|--------------|---|--------------|-----------------|---|--------------------------|-----------------|---|---|------|---|---|---------------|---|---|--------------------------------|----------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 2. RIESGO Y TIPO DE TRABAJADOR<br><table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Enfer. Común</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Enfer. Profes.</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Accid. Común</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Accid. de Trab.</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Mater-nidad</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Régimen General</td> <td colspan="3" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Trabajador Independiente</td> </tr> </table>  |  | Enfer. Común  | Enfer. Profes.  | Accid. Común | Accid. de Trab.   | Mater-nidad  | Régimen General |   | Trabajador Independiente |                 |   | 3. TIPO DE INCAPACIDAD<br>Inicial <input type="checkbox"/><br><br>Prórroga <input type="checkbox"/> |      |   |   |               |   |   |                                |                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Enfer. Común   | Enfer. Profes.   | Accid. Común  | Accid. de Trab. | Mater-nidad  |   |              |                 |   |                          |                 |   |   |      |   |   |               |   |   |                                |                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Régimen General  |  | Trabajador Independiente  |                 |              |   |              |                 |   |                          |                 |   |   |      |   |   |               |   |   |                                |                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 4. NOMBRE DEL ASEGURADO  |  | 5. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN #   |                 |              |   |              |                 |   |                          |                 |   |   |      |   |   |               |   |   |                                |                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 6. SEXO  | 7. TELÉFONO DE ASEGURADO O PARIENTE      TELÉFONO PATRONAL | <input type="checkbox"/> DUJ <input type="checkbox"/> CARNÉ MINORIDAD <input type="checkbox"/> AFILIACIÓN |                 |              |   |              |                 |   |                          |                 |   |   |      |   |   |               |   |   |                                |                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">1 M</td> <td style="text-align: center;">2F</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>   | 1 M  | 2F  |                 |              | 9. DIRECCIÓN DEL ASEGURADO      DEPARTAMENTO      MUNICIPIO | 8. OCUPACIÓN |                 |   |                          |                 |   |   |      |   |   |               |   |   |                                |                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 1 M  | 2F   |   |                 |              |   |              |                 |   |                          |                 |   |   |      |   |   |               |   |   |                                |                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|  |  |   |                 |              |   |              |                 |   |                          |                 |   |   |      |   |   |               |   |   |                                |                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 10. NOMBRE DEL PATRONO   |  | 11. No. PATRONAL  |                 |              |   |              |                 |   |                          |                 |   |   |      |   |   |               |   |   |                                |                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 12. PERÍODO DE INCAPACIDAD DESDE<br><table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">E</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">N</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">E</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">F</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">M</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">B</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">R</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">M</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Y</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">J</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">J</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">U</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">L</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">G</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">O</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">S</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">E</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">P</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">O</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">C</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">T</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">N</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">O</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">V</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">D</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">I</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">C</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">3</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">4</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">5</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">6</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">7</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">8</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">9</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">10</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">11</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">12</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">13</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">14</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">15</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">16</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">17</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">18</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">19</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">20</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">21</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">22</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">23</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">24</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">25</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">26</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">27</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">28</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">29</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">30</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">31</td> </tr> </table> |  |   | E               | N            | E   | F            | M               | A | B                        | R               | A | M   | A    | Y | J | J             | U | L | A                              | G                                | O | S | E | P | O | C | T | N | O | V | D | I | C | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
| E  | N  | E   | F               | M            | A   | B            | R               | A | M                        | A               | Y | J   | J    | U | L | A             | G | O | S                              | E                                | P | O | C | T | N | O | V | D | I | C | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |    |    |    |
| HASTA<br><table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">E</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">N</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">E</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">F</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">M</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">B</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">R</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">M</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Y</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">J</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">J</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">U</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">L</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">G</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">O</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">S</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">E</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">P</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">O</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">C</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">T</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">N</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">O</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">V</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">D</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">I</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">C</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">3</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">4</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">5</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">6</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">7</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">8</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">9</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">10</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">11</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">12</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">13</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">14</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">15</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">16</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">17</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">18</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">19</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">20</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">21</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">22</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">23</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">24</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">25</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">26</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">27</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">28</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">29</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">30</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">31</td> </tr> </table>                            |  |   | E               | N            | E   | F            | M               | A | B                        | R               | A | M   | A    | Y | J | J             | U | L | A                              | G                                | O | S | E | P | O | C | T | N | O | V | D | I | C | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
| E  | N  | E   | F               | M            | A   | B            | R               | A | M                        | A               | Y | J   | J    | U | L | A             | G | O | S                              | E                                | P | O | C | T | N | O | V | D | I | C | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |    |    |    |
| TOTAL DE DÍAS (EN NÚMEROS) _____ (EN LETRAS) _____   |  | 13. FECHA DE EXPEDICIÓN   |                 |              |   |              |                 |   |                          |                 |   |   |      |   |   |               |   |   |                                |                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 14. FECHA DE<br><table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 15%;">DÍA</th> <th style="width: 15%;">MES</th> <th style="width: 15%;">AÑO</th> </tr> <tr> <td>ACCIDENTE</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PARTO</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>HOSPITALIZACIÓN</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ALTA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>FALLECIMIENTO</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>   | DÍA  | MES   | AÑO             | ACCIDENTE    |   |              | PARTO           |   |                          | HOSPITALIZACIÓN |   |   | ALTA |   |   | FALLECIMIENTO |   |   | 15. NOMBRE Y CÓDIGO DEL MÉDICO | 16. FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| DÍA  | MES  | AÑO   |                 |              |   |              |                 |   |                          |                 |   |   |      |   |   |               |   |   |                                |                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| ACCIDENTE  |  |   |                 |              |   |              |                 |   |                          |                 |   |   |      |   |   |               |   |   |                                |                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| PARTO  |  |   |                 |              |   |              |                 |   |                          |                 |   |   |      |   |   |               |   |   |                                |                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| HOSPITALIZACIÓN  |  |   |                 |              |   |              |                 |   |                          |                 |   |   |      |   |   |               |   |   |                                |                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| ALTA   |  |   |                 |              |   |              |                 |   |                          |                 |   |   |      |   |   |               |   |   |                                |                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| FALLECIMIENTO  |  |   |                 |              |   |              |                 |   |                          |                 |   |   |      |   |   |               |   |   |                                |                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|  | 17. NOMBRE PARAMÉDICO QUE ATENDIÓ                          | 18. Vo.Bo. DIRECTOR U.M. (30 DÍAS O MÁS)  |                 |              |   |              |                 |   |                          |                 |   |   |      |   |   |               |   |   |                                |                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 19. DIAGNÓSTICO  |  |   |                 |              |   |              |                 |   |                          |                 |   |   |      |   |   |               |   |   |                                |                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| <b>USO EXCLUSIVO SECCIÓN SUBSIDIOS</b>   |  |   |                 |              |   |              |                 |   |                          |                 |   |   |      |   |   |               |   |   |                                |                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 20. LUGAR DE RECEPCIÓN   |  | 21. TIEMPO DE LABORAR EN LA EMPRESA   |                 |              |   |              |                 |   |                          |                 |   |   |      |   |   |               |   |   |                                |                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 22. AFP QUE COTIZA   | 23. BANCO  | 24. FECHA DE PARTO SEGÚN PLANTARES  |                 |              |   |              |                 |   |                          |                 |   |   |      |   |   |               |   |   |                                |                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 25. OBSERVACIONES  |  |   |                 |              |   |              |                 |   |                          |                 |   |   |      |   |   |               |   |   |                                |                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 26. FIRMA DEL RECEPCIONISTA  | 27. FECHA DE RECEPCIÓN SOLICITUD                           | 28.   |                 |              |   |              |                 |   |                          |                 |   |   |      |   |   |               |   |   |                                |                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

C.SAFISSS 130201021





**NORMA PARA EL OTORGAMIENTO DE INCAPACIDADES TEMPORALES Y LICENCIAS POR MATERNIDAD A LOS ASEGURADOS DEL ISSS VERSIÓN 2.0**

**DEPENDENCIA: TODOS LOS CENTROS DE ATENCIÓN QUE OTORGUEN INCAPACIDADES Y LICENCIAS**

**USO EXCLUSIVO SECCIÓN SUBSIDIOS**

| 29. NOMBRE DE OTROS PATRONOS | 30. NÚMERO PATRONAL |
|------------------------------|---------------------|
|                              |                     |
|                              |                     |
|                              |                     |

**31. OBSERVACIONES DEL CENTRO DE ATENCIÓN**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**INDICACIONES PARA SOLICITAR SUBSIDIOS**

SEÑOR (A) ASEGURADO (A):

1. Si solicita Subsidios, es un requisito obligatorio que usted presente este Certificado de Incapacidad a su patrono, para que complete los datos en los numerales 10 y 11 de este formulario, asimismo, que lo firme y selle en el siguiente espacio:

**CONSTANCIA PATRONAL**

Por este medio hago constar: que el trabajador cuyo nombre aparece en el presente Certificado de Incapacidad, se encuentra gozando de licencia por esa causa en esta Empresa, durante el período que el ISSS le ha concedido.

\_\_\_\_\_  
33. FIRMA DEL PATRONO O REPRESENTANTE LEGAL

\_\_\_\_\_  
34. SELLO

2. Absténgase de hacer correcciones en los datos contenidos en este documento, toda alteración lo anula. Si detecta errores, pida rectificación en la Clínica donde fue extendido.
3. Usted puede solicitar Subsidios en las Oficinas Centrales, Sucursal Plaza Mundo, Sucursal Plaza Merliot, Sucursales Administrativas (Sonsonate, Usulután, San Miguel y Santa Ana) y Unidades Médicas en el Interior del País.
4. Documentos a presentar para el Pago:
  - Certificado de Incapacidad Temporal (Original)En caso de Accidente de Trabajo:
  - Aviso del Accidente de Trabajo Original y Copia.En caso de Maternidad:
  - Constancia de Retiro por Maternidad
5. Documentos a presentar para verificación de Datos (serán devueltos):
  - DUI, Carné de Minoridad o Tarjeta de Afiliación.
  - Tarjeta de AFP.
  - Plantares de Recién Nacido, solo si es requerido.
6. El derecho a reclamar esta prestación prescribe en un año, a partir de la fecha de inicio de incapacidad temporal (Art.74 ley del ISSS).



**NORMA PARA EL OTORGAMIENTO DE INCAPACIDADES TEMPORALES Y LICENCIAS POR MATERNIDAD A LOS ASEGURADOS DEL ISSS VERSIÓN 2.0**

**DEPENDENCIA: TODOS LOS CENTROS DE ATENCIÓN QUE OTORGUEN INCAPACIDADES Y LICENCIAS**

**ANEXO 2: INCAPACIDADES QUE NO GENERAN SUBSIDIO**

**INCAPACIDADES QUE NO GENERAN SUBSIDIOS**

|  |     |   |                                |                |                   |   |   |   |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|--|-----|---|--------------------------------|----------------|-------------------|---|---|---|----|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| <b>INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL<br/>CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL (C.I.T.)</b>  |     |   |                                |                |                   | 1. SELLO DE CLÍNICA O SERVICIO  |   |   |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 2. RIESGO  |     | Enferm. Común 1   | Enferm. Profes. 2              | Accid. Común 3 | Accid. de Trab. 4 | Mater-nidad 5   | 3. TIPO DE INCAPACIDAD<br><br>INICIAL <input type="checkbox"/><br><br>PRÓRROGA <input type="checkbox"/> |   |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 4. TIPO DE TRABAJADOR  |     | Régimen General 1   | Trab. Indep. 2                 | [ ] [ ]        | [ ] [ ]           | [ ] [ ]   |   |   |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 5. NOMBRE DEL ASEGURADO  |     |   |                                |                |                   | 6. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN #   |   |   |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 7. SEXO  |     | 8. DIRECCIÓN DEL ASEGURADO  |                                |                |                   | 9. OCUPACIÓN  |   |   |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1 M</td> <td>2 F</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> |     | 1 M   | 2 F                            |                |                   | Departamento _____ Municipio _____<br><br>Calle _____ N° _____ Colonia o Barrio _____ |   |   |    | <input type="checkbox"/> DUI <input type="checkbox"/> CARNÉ MINORIDAD <input type="checkbox"/> AFILIACIÓN |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 1 M  | 2 F |   |                                |                |                   |   |   |   |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|  |     |   |                                |                |                   |   |   |   |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 10. NOMBRE DEL PATRONO   |     |   |                                |                |                   | 11. No. PATRONAL  |   |   |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 12. DÍAS DE INCAPACIDAD  |     |   |                                |                |                   | 13. FECHA DE EXPEDICIÓN   |   |   |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| DESDE  |     | <table border="1" style="font-size: 8px;"> <tr><td>E</td><td>F</td><td>M</td><td>A</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>A</td><td>S</td><td>O</td><td>N</td><td>D</td></tr> <tr><td>N</td><td>E</td><td>A</td><td>B</td><td>A</td><td>J</td><td>J</td><td>A</td><td>S</td><td>O</td><td>N</td><td>D</td></tr> <tr><td>E</td><td>B</td><td>R</td><td>R</td><td>Y</td><td>N</td><td>L</td><td>U</td><td>L</td><td>O</td><td>P</td><td>E</td></tr> <tr><td>E</td><td>B</td><td>R</td><td>R</td><td>Y</td><td>N</td><td>L</td><td>U</td><td>L</td><td>O</td><td>P</td><td>E</td></tr> </table> |                                | E              | F                 | M   | A   | M | J  | J   | A  | S  | O  | N  | D  | N  | E  | A  | B  | A  | J  | J  | A  | S  | O  | N  | D  | E  | B  | R  | R | Y | N | L | U | L | O | P | E | E | B | R | R | Y | N | L | U | L | O | P | E | <table border="1" style="font-size: 8px;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table> |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | <table border="1" style="font-size: 8px;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table> |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
| E  | F   | M   | A                              | M              | J                 | J   | A   | S | O  | N   | D  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| N  | E   | A   | B                              | A              | J                 | J   | A   | S | O  | N   | D  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| E  | B   | R   | R                              | Y              | N                 | L   | U   | L | O  | P   | E  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| E  | B   | R   | R                              | Y              | N                 | L   | U   | L | O  | P   | E  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 1  | 2   | 3   | 4                              | 5              | 6                 | 7   | 8   | 9 | 10 | 11  | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 1  | 2   | 3   | 4                              | 5              | 6                 | 7   | 8   | 9 | 10 | 11  | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Total de días: (en números) _____ (En letras) _____  |     |   |                                |                |                   | 13. FECHA DE EXPEDICIÓN   |   |   |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 14. NOMBRE DEL PARAMÉDICO QUE ATENDIÓ  |     |   | 15. NOMBRE Y CÓDIGO DEL MÉDICO |                |                   | 16. FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE  |   |   |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 17. DIAGNÓSTICO  |     |   |                                |                |                   |   |   |   |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 18. OBSERVACIONES DEL CENTRO DE ATENCIÓN   |     |   |                                |                |                   | 19.   |   |   |    |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

IMPORTANTE: GUARDE ESTA INCAPACIDAD PUES EN CASO DE OTORGÁRSELE PRÓRROGA LE SERÁ VÁLIDA PARA EL TRAMITE DE SUBSIDIO.

C.SAFISSS 130201023

