



**Dependencia:**  
**Unidad de Desarrollo Institucional**  
Departamento Gestión de Calidad Institucional

**CÓD**  
NOR-S-036

**Versión**  
3.0

**Aprobación**  
Junio 2023

## GERENCIA DE SALUD

Norma

**Otorgamiento de  
incapacidades temporales y  
licencias por maternidad a  
los asegurados del ISSS**

# NOR

**AUTORIZADO**

  
F.   
Edwin Roberto Salmerón  
Gerente de Salud

**REVISADO**

  
F.   
Licda. Rosa Alba Quinteros  
Jefatura Unidad de Desarrollo  
Institucional

**APROBADO**

  
F.   
Dra. Mónica G. Ayala Guerrero  
Directora General del ISSS

GOBIERNO DE



EL SALVADOR



## Contenido

- I. Propósito
- II. Marco legal y referencia
- III. Alcance
- IV. Vigencia
- V. Definiciones
- VI. Normas generales
- VII. Normas específicas
- VIII. Responsabilidades
- IX. Registros y formularios utilizados
- X. Personal que participó en la elaboración del documento
- XI. Registro de actualización del documento
- XII. Anexos
- XIII. Registro de Adendas



## I. Propósito

Regular el proceso de otorgamiento de incapacidades médicas temporales, así como también, para licencias por maternidad a las personas aseguradas por el ISSS, para que sean armonizadas con los servicios médicos de salud brindados en consulta, hospitalización y emergencias, garantizando que estén enmarcadas con los estándares establecidos y normados en el ISSS.

## II. Marco legal y referencia

- Normas Técnicas de Control Interno Específicas del ISSS (octubre 2022)
- Ley del Seguro Social
- Ley de Procedimientos Administrativos (LPA)
- Documentos normativos a fines a cada especialidad

## III. Alcance

La presente normativa es para determinar los requisitos para el otorgamiento de incapacidades médicas temporales y licencias por maternidad a los asegurados del ISSS.

## IV. Vigencia

El presente documento normativo tiene un período de vigencia de cinco años a partir de su aprobación y es de estricto cumplimiento, sustituyendo la versión anterior y/o afines incluidos en el mismo.

## V. Definiciones

- **C.I.T:** Certificado de Incapacidad Temporal.
- **Cotizante:** Es la persona que, mediante el pago de las contribuciones establecidas por la Ley, efectuado directamente o por intermedio de terceros, genera para sí mismo o sus dependientes el derecho a ciertos beneficios y, por lo tanto, es protegida por la seguridad social.



- **Beneficiario:** Es la persona que recibe servicios de salud o beneficios económicos derivados de su parentesco con un trabajador afiliado al régimen del Seguro Social.
- **Trabajador:** Es toda persona que presta sus servicios a una empresa, institución o persona obteniendo una remuneración o retribución a cambio de su fuerza de trabajo.
- **Trabajador independiente:** Es toda persona natural, comprendida entre los dieciocho y sesenta años de edad, cualquiera sea su estado familiar, que ejerza una actividad productiva o económica sin depender de un patrono, tales como: las personas naturales propietarias de establecimientos de servicios y artesanales, los profesionales en libre ejercicio de la profesión, y en general todos aquellos trabajadores que efectúen labores por cuenta propia y que no perciben salario.
- **Empleador:** Es la persona natural o jurídica que ofrece trabajo a una persona para que preste un servicio a cambio del pago de una remuneración o salario.
- **Incapacidad:** Cuando un trabajador se encuentre inhabilitado por problemas de enfermedad común, accidente común, enfermedad profesional o accidente de trabajo, para trabajar de manera temporal.
- **Subsidios:** Es el beneficio económico que un trabajador recibe en concepto de incapacidad.
- **Licencia por maternidad:** Situación que produce una disminución o pérdida de la capacidad laboral, originada por la maternidad y que genera un subsidio.

## VI. Normas Generales

1. Aplicarán esta normativa, todos los profesionales del ISSS, quienes, en el ámbito médico de sus competencias y odontológicos, se relacionan directa o indirectamente con el proceso de otorgamiento de incapacidades temporales y las licencias por maternidad a los asegurados del ISSS.
2. Los directores de los centros de atención del ISSS, la Gerencia de Salud y la División de Aseguramiento, Recaudaciones y Beneficios Económicos (DARBE), en el ámbito de sus competencias, deben brindar atención al cumplimiento de la presente normativa.



3. Los cotizantes activos del ISSS tienen derecho al otorgamiento de incapacidades que generan subsidio o que no generan subsidio, exceptuando los pensionados por "Invalidez, vejez o muerte".
4. Las incapacidades temporales para el trabajo por enfermedades comunes y profesionales, accidentes y las licencias por maternidad, son extendidas sólo por profesionales expresamente autorizados por el ISSS y se emiten en el formulario: "Certificado de Incapacidad Temporal (CIT): Incapacidades que generan subsidio código SAFISSS 130201021/ Incapacidades que no generan subsidio código SAFISSS 130201023". Toda prescripción de incapacidad o licencia, debe ser escrita en unidades numéricas de días", en letras y números.
5. El médico suscriptor del CIT debe establecer la pertinencia y período de días otorgados en la incapacidad de acuerdo a la evaluación clínica y criterio médico debidamente plasmado en el expediente clínico.
6. El jefe o coordinador del servicio clínico, lleva un registro, del control y análisis de toda extensión de incapacidades por enfermedad, accidentes y licencias de maternidad, por medio físicos o electrónicos. Si observa incongruencias en el período otorgado según patologías, genera acciones inmediatas que corrijan dichas situaciones, debiendo enviar el informe mensualmente al director del centro de atención.
7. En caso de brote de enfermedades o epidemias, para las cuales sea necesario poner en cuarentena o aislamiento asociado al padecimiento, dichas incapacidades se tramitan de la misma forma que una incapacidad por enfermedad común y la duración de las mismas es con base a criterio técnico de acuerdo a la patología o lineamientos oficiales.
8. Se otorga incapacidad que genera subsidio a los pensionados por riesgo profesional que cotizan al ISSS, siempre y cuando la patología que genera la incapacidad actual no se encuentre relacionada con el riesgo profesional que dio origen a la pensión.
9. Se excluye del otorgamiento de incapacidades que generan subsidios y se emite incapacidad sin derecho al beneficio económico a los derechohabientes que reciban atenciones en las siguientes circunstancias:
  - Los pensionados denominados por vejez o invalidez común, debido a que no registran cotizaciones como trabajador activo, por lo tanto, si están laborando, se extiende incapacidad en el formulario que no genera subsidio.
  - A beneficiarios que se encuentren laborando.



- Personas beneficiarias de cotizantes o pensionados fallecidos que no se encuentren 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.
10. Todas las incapacidades, así como las licencias por maternidad, extendidas en la red de servicios de salud del ICSS se registran en el respectivo formulario de incapacidades que generan subsidio, Código SAFISSS 130201021 o que no generan subsidio código SAFISSS 130201023 los cuales contienen toda la información y requerimientos solicitados en el mismo, para su tramitación. Si no cumple con este requisito, por ningún motivo se hace efectivo el trámite y se devuelve al servicio del centro de atención para su respectiva corrección, de forma interna.
  11. El Servicio de Trabajo Social del centro de atención seleccionado o el Departamento de Atención al Usuario, facilitan la recepción de la documentación requerida para la homologación de incapacidades, por medio de las herramientas digitales de comunicación con que cuenta el ICSS (correo electrónico, chat, redes sociales).
  12. El período de la incapacidad comienza 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 relacionadas a las “lagunas”) y las licencias por maternidad (ver normas relacionadas a las licencias por maternidad).
  13. En los casos de traslados de pacientes de hospitales de la red pública o privados y clínicas de hospitalización el período de la incapacidad comienza a partir del ingreso en dicho centro de atención.
  14. Para efectos de control y trámites, la información consignada en el formulario, en el expediente y en los sistemas de registro y control, tiene que ser clara, concisa y congruente.
  15. Todo formulario de incapacidad emitido, tiene la información completa de forma clara y legible, además de llenar todos los espacios conforme lo solicitado en cada una de las casillas; así como los sellos tienen que ser legibles, a excepción de los campos destinados a los patronos. Lo anterior, según lo establecido en las normas relativas al responsable del llenado del formulario.



16. 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, se registran en el control de incapacidades.
17. Para gozar de la prestación de licencia por maternidad, las trabajadoras tienen que cumplir con un período mínimo de cotización de 16 semanas en los últimos 12 meses calendario anteriores al mes que se presume que ocurrirá el parto.
18. Para aquellos asegurados en regímenes especiales del ISSS, personas no pensionadas que obtuvieron devolución de saldo, asignación o beneficios económicos de conformidad con la ley del sistema de ahorro para pensiones, pensionados del IPSFA, trabajadores domésticos, regidores municipales o cualquier otro que se regule, el procedimiento de extensión de incapacidad que genera subsidio, está determinado al derecho de recibir la prestación de salud respectiva, según periodos establecidos para recibir dicha prestación.
19. El Jefe del servicio clínico, actualiza el libro diario y registro de control por cada trámite de incapacidad solicitado por el médico tratante.

## **VII. Normas específicas**

### **A. Relacionadas a las incapacidades en el servicio de consulta de emergencias**

1. Cuando en los servicios de emergencias no se disponga del expediente clínico físico y/o electrónico del derechohabiente, el médico tratante anota la incapacidad en la hoja de emergencia, especificando cantidad de días otorgados y número de serie del CIT.
2. La extensión de incapacidad en los servicios de emergencia y hospitalización se realiza amparándose en lo normado en las guías de manejo correspondiente a la patología diagnosticada; en caso no estuviera normado, prevalece el criterio técnico del médico tratante, cubriendo para la hospitalización completamente el periodo de tiempo que comprende entre la consulta inicial, el periodo de hospitalización y lo que el médico tratante considere necesario para su recuperación, dicho periodo puede abarcar hasta la próxima consulta según patología tratada.
3. Cuando a un asegurado se le da el alta médica y sea referido a los diferentes niveles de atención del ISSS, el centro receptor del paciente lo reevalúa y de requerirlo, se amplía el período de incapacidad.



## **B. Relacionadas al lugar del otorgamiento de las incapacidades y licencias**

1. Las incapacidades que se otorguen, se extienden 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).
2. 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 son extendidas en el lugar donde el médico preste sus servicios y toda homologación se hace en la respectiva clínica o unidad médica de preferencia del paciente, de acuerdo al portafolio de servicio de cada centro de atención.
3. En todos los casos, las incapacidades se anotan en el expediente clínico respectivo, salvo lo establecido en las normas relativas a las incapacidades en el servicio de emergencias.

## **C. Relacionadas a la prórroga de incapacidad**

1. Para otorgar una prórroga de incapacidad el principal aspecto a evaluar tiene que ser, 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 es determinado, a través de la observación y evaluación del estado del paciente, por medio de una consulta médica presencial.
2. Para su validez es necesario justificarla conforme al criterio técnico del médico, previo examen correspondiente y se deja por escrito en el expediente clínico u hoja de emergencia del derechohabiente atendido.

## **D. Relacionadas a la extensión de incapacidad**

1. Cada jefatura de servicio del centro de atención debe garantizar la extensión de incapacidad de manera adecuada y oportuna de acuerdo a las necesidades del derechohabiente de justificar ausencia laboral.
2. La incapacidad debe extenderse desde la fecha de ingreso o consulta por el tiempo que requiera su recuperación o hasta la fecha estimada del control subsecuente (si aplica). Si el paciente consultó el día anterior a su fecha de ingreso por la misma patología inicia la incapacidad desde el día de la consulta que generó el ingreso.



3. Cuando el paciente, familiar o representante legal solicite (al médico responsable o trabajadora social) el certificado de incapacidad al centro de atención donde se encuentre ingresado (médico responsable o trabajadora social), en ese momento se emite la incapacidad desde la fecha de consulta inicial hasta la fecha que se recibe la solicitud de emisión.
4. En caso de horarios nocturnos, fines de semana, días festivos y vacacionales, es obligación del médico del centro de atención que indica el alta, extender la incapacidad conforme a lo regulado en esta normativa.
5. En caso de que el paciente solicite alta voluntaria (alta exigida) no pierde derecho de extensión de incapacidad por el tiempo que requiera su recuperación o hasta la fecha de control (si aplica).
6. Cada incapacidad que se otorgue, se registra en un libro u otro medio electrónico del que se disponga, anotando: el número de serie y correlativo del certificado de incapacidad, el nombre del derechohabiente, el número de afiliación, el número de documento de identificación, para verificar que es la misma persona (DUI o carné de minoridad, según sea el caso), el diagnóstico, los días de incapacidad en número y letras, el sello legible del médico que extiende la incapacidad o licencia. Además, el número de serie y correlativo de la incapacidad, queda consignado en el expediente clínico del derechohabiente.
7. El número de serie y correlativo del formulario, los días de incapacidad con fecha de inicio y finalización que se prescriban a derechohabientes, son anotados en la hoja de Registro de Certificaciones de Incapacidad Temporal del expediente clínico.

#### **E. Relacionadas al otorgamiento de incapacidades por terceros (Homologación de incapacidades)**

El Instituto valora recomendaciones de incapacidad para un trabajador cotizante activo, extendida en los establecimientos de los proveedores privados de servicios de salud o del sistema integrado de salud.

1. Los documentos requeridos para realizar la homologación de incapacidades son los siguientes:
  - a. Constancia de ingreso y alta hospitalaria (hospital nacional o privado).



- b. Certificación de incapacidad en original extendida, firmada y sellada por el médico responsable, especificando el diagnóstico y los días de incapacidad que le extiende.
- c. Documento de identidad (DUI o carné de minoridad), del derechohabiente.
- d. Fotocopias de los resultados de exámenes requeridos (en caso aplique).
- e. Placa de rayos X (en caso aplique).
- f. Reporte de estudios histopatológicos (biopsias) (en caso aplique).

Los documentos adicionales requeridos para intervenciones quirúrgicas son:

- g. El reporte operatorio.
  - h. El reporte de estudios con valor probatorio para justificar la intervención, en los casos que aplique
2. Si la recomendación de incapacidad generada por un médico particular se admite y es homologada, se escribe el nombre del médico particular y junta de vigilancia de la profesión médica que la extendió de forma privada, en el mismo espacio de la casilla donde se coloca el diagnóstico del formulario "Incapacidades que Generan Subsidio" código SAFISSS 130201021.
  3. El (la) Trabajador(a) Social extiende constancia de recepción de todo escrito o documento que se presente en el formulario Solicitud para la Recepción de Trámite en Trabajo Social código SAFISSS 130201720, el cual indica el número correlativo de presentación que le corresponda; así como el lugar, medio de presentación, día y hora de la recepción.
  4. El (la) Trabajador(a) Social realiza las notificaciones y comunicaciones, a través de correo electrónico o mensajería (si se tiene disponible) cuando el solicitante así lo requiera.
  5. El director de cada centro de atención donde no exista personal de trabajo social, debe nombrar por medio de nota/memorando a la persona designada para hacer el trámite más ágil para recibir la documentación de la homologación de incapacidades.
  6. Si la incapacidad es extendida por un médico u odontólogo particular y que trabaja para el ISSS, éstos no deben participar en el proceso de homologación, por existir un conflicto de interés.
  7. Las incapacidades generadas por terceros (incapacidades privadas o de otra institución), se homologan cuando el médico asignado del centro de atención del ISSS, evalúa la certificación



de incapacidad y resultado de exámenes, placas, ultrasonografía u otros comprobantes, que sustenten el diagnóstico, tratamiento y tiempo de recuperación, validando la incapacidad para ser entrega al usuario. El tiempo del trámite, está sujeto a la demanda de esta solicitud en los centros de atención, proporcionándole al interesado un comprobante en físico con la fecha que debe retirar la incapacidad homologada, para entregarla en el lugar donde labora.

8. Las razones por las que se deniega la incapacidad son las siguientes:
  - El médico u odontólogo no esté inscrito en la Junta de Vigilancia de la Profesión Médica u Odontológica.
  - La documentación es presentada incompleta y no se presenta en el tiempo estipulado para subsanarla (extemporanea).
  - La documentación presentada no respalda el diagnóstico de la incapacidad, según criterio médico.
  - La documentación se encuentre manchada, deteriorada o no legible.
9. Procediendo a la denegación de la homologación por la inconsistencia comprobada, se le notifica al interesado, por medio de una copia del formulario de "Respuesta a Solicitud de Homologación de Incapacidad Form. 514502-014-03-23 especificando las razones o criterio de su denegatoria.
10. Se evaluarán por personal médico de los centros de atención correspondientes, únicamente a los pacientes que presentan la certificación de incapacidad generada por terceros, y que esta presenta inconsistencias con el diagnóstico, tratamiento y tiempo de incapacidad.
11. Para dar inicio a la gestión de homologación de incapacidades, el paciente puede informarse sobre el trámite de la homologación de incapacidades, a través, de la línea de atención al usuario, Telemedicina o personal de trabajo Social. Para la entrega del certificado de incapacidad temporal, el interesado remite o presenta los documentos originales, según el medio que elija para realizar el trámite correspondiente (documentación en digital en Departamento Atención al Usuario, Trabajo Social o en físico en el centro de atención elegido).
12. En los casos que el paciente utilice los medios digitales para solicitar la homologación de incapacidades, envía al Servicio de Trabajo social del centro de atención seleccionado o al Departamento de Atención al Usuario, la documentación requerida, a través del correo electrónico, chat o por las redes sociales con que cuenta el Instituto, la información se registra en el sistema para su correspondiente seguimiento y de ser emitido el certificado de



incapacidad temporal, el interesado presenta la documentación original, en el momento de retirar la incapacidad homologada, en el centro de atención seleccionado.

13. Las clínicas comunales no homologan incapacidades excepto en casos que por mandato de autoridad de la Dirección General o Gerencia de Salud lo autorice.
14. A solicitud de un cotizante activo, puede reconocerse como incapacidad el período durante el cual estuvo internado en un hospital privado o público, según la escala de competencias establecidas en esta normativa. En tal caso, corre por cuenta del interesado probar con la documentación necesaria el período de internamiento.
15. El interesado debe adjuntar (según corresponda), el certificado médico que describa la patología, tratamiento médico, reporte de intervención quirúrgica, estudio histopatológico y/o reporte de atención de parto, así como los días de incapacidad prescritos por el médico tratante.
16. En el caso que la condición médica que origina la incapacidad laboral se deba a un parto ocurrido en el extranjero, se debe presentar la Certificación de la Partida de Nacimiento del recién nacido, emitida por la autoridad extranjera competente, por un Consulado o Embajada de El Salvador o por la Dirección de Asuntos Consulares del Ministerio de Relaciones Exteriores. Todos los documentos a los que se refiere el párrafo anterior que hayan sido emitidos en el extranjero deben presentarse con la firma del emisor autenticada por parte del consulado, de conformidad con el art. 148 de la Ley Orgánica del Servicio Consular, o también podrán presentarse con el sello de la Apostilla de conformidad con el CONVENIO DE LA HAYA SOBRE LA ELIMINACIÓN DEL REQUISITO DE LEGALIZACIÓN DE DOCUMENTOS PÚBLICOS EXTRANJEROS.
17. El ISSS se reserva el derecho de realizar todas las diligencias necesarias para corroborar la veracidad de la documentación presentada, así como solicitar información adicional al solicitante, y en caso de demostrarse la inexactitud o falsedad de los mismos, se reserva el derecho de tomar las acciones legales que correspondan ante las autoridades competentes.

#### **F. Relacionadas a los períodos no cubiertos (“lagunas”) por prórrogas de incapacidades**

1. Para este documento se denomina laguna de incapacidad a la situación en la 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.



2. Si el derechohabiente fue incapacitado inicialmente en el mismo centro de atención, pero por diferente médico, el médico que lo atienda en esta ocasión revisa el expediente y con base a su criterio técnico, extiende 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, anota en el expediente consignando la actuación.
3. En estos casos la "laguna" a cubrir no debe superar los tres (3) días, salvo casos justificables de fuerza mayor o caso fortuito, situación que verifica el médico tratante; y para su validez queda consignada en el expediente clínico del derechohabiente.
4. 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, la prórroga puede realizarla el médico que lo atiende en este centro de atención, con todo su criterio clínico, previa valoración del caso, Estas prórrogas pueden igualmente cubrir "lagunas" de días descubiertos, dejando por escrito en el expediente una nota de evolución consignando lo anterior y en la casilla de observación del formulario de incapacidad debe poner una explicación breve del caso.

#### **G. Relacionadas a los plazos máximos de incapacidades**

1. 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.
2. En los casos que se trate de enfermedad diagnosticada o catalogada como incapacitante con disminución de funciones físicas o mentales por la misma enfermedad que le imposibilitan desarrollar actividades de trabajo, su médico tratante extiende incapacidad por el tiempo que considere pertinente. Si el paciente se incorpora a su actividad laboral, el médico tratante puede considerar referirlo a Medicina del Trabajo para ser evaluado. Si el paciente no puede incorporarse a su actividad laboral antes de las 52 semanas, deberá iniciar proceso para pensión temporal o permanente de acuerdo a lo normado en la Ley de la Superintendencia del Sistema Financiero, en su acápite de la Comisión Calificadora de Invalidez.



3. La Sección Subsidios remite oportunamente al paciente al Servicio de Trabajo Social del centro de atención que atiende el caso para valorar el inicio del trámite de su pensión temporal en el momento que se considere la misma.
4. Cada caso se analiza individualmente y no se debe esperar a que se cumpla el plazo de las 52 semanas para enviarlos a 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.
5. Para el control del tiempo que cada cotizante lleva incapacitado, la Sección Subsidios lleva contabilizados los días otorgados a cada cotizante y debe otorgar al paciente un aviso para iniciar proceso de pensión de invalidez al cumplir los 180 días de incapacidad.

#### **H. Relacionadas al otorgamiento de incapacidades digitales brindadas por Sección Telemedicina (Dr. ISSS en línea)**

1. Las incapacidades otorgadas en la Sección Telemedicina (Dr. ISSS en línea) son generadas en forma digital, no incluyen firma ni sello, pero tiene un código de validación del mismo.
2. Las incapacidades otorgadas en la Sección Telemedicina son por los siguientes riesgos:
  - Enfermedad común.
  - Accidente común.
3. Las incapacidades iniciales que no generan subsidio (es decir hasta 3 días) otorgadas por la Sección Telemedicina, se remiten por medio digital al usuario para que pueda presentarla(s) en su(s) lugar(es) de trabajo. De requerirse una prórroga, se remite al usuario a un centro de atención para evaluación.
4. La Sección Telemedicina (Dr. ISSS en línea) no emitirá incapacidades que generan subsidio (más de tres días) por lo que debe remitirse al usuario a un centro de atención para ser evaluado físicamente.
5. En caso de incapacidades por COVID-19 que emite la Sección Telemedicina se procede de acuerdo a lo establecido en los "Lineamientos para trámite de incapacidades para todo paciente sospechoso o positivo de COVID-19" vigente.



## **I. Relacionadas a las incapacidades otorgadas por médicos empresariales**

1. Las incapacidades extendidas por médicos de las clínicas empresariales de un periodo menor de 30 días no tendrán necesidad de trámite posterior. Periodos de 30 o más días son enviados junto al expediente clínico a la dirección de la unidad médica de adscripción.
2. El personal de la clínica empresariales envía un informe mensual (en original) de la otorgación de incapacidades durante los primeros 3 días hábiles de cada mes a la dirección del centro de adscripción respectiva, el cual incluye: número de serie y correlativo, numero de afiliación, nombre del derechohabiente, días de incapacidad número y letras, periodo de incapacidad desde – hasta, nombre del médico, N° JVPM, diagnóstico y nombre del paramédico responsable de las incapacidades que generan y no generan subsidio dejando una copia de resguardo.

## **J. Relacionadas a las licencias por maternidad**

1. Con motivo de maternidad, a toda trabajadora cotizante se le extiende 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” deben quedar vacías; y la fecha de inicio de la incapacidad es la especificada por el patrono en el formulario “Constancia de Retiro por Maternidad” código SAFISSS 130101092 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 entrega a la derechohabiente en la fecha de alta por el parto.
2. Las incapacidades generadas por una patología del embarazo o puerperio tienen que ser consideradas como riesgos comunes.
3. En el caso de expulsión de productos de la concepción menores a 500 gramos, el período de incapacidad se otorga acorde a la recuperación que requiera el procedimiento quirúrgico realizado para su resolución.
4. 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, el período de incapacidad se otorga acorde a la recuperación que requiera según la vía de expulsión del recién nacido.



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

1. Las incapacidades de maternidad u otro tipo de incapacidades otorgadas por profesionales de la salud facultados legalmente para ello, que laboren para proveedores de servicios de salud bajo contrato/convenio con el ISSS, son homologadas conforme a lo establecido en esta normativa en el apartado "Normas relativas al otorgamiento de incapacidades por terceros".

**L. Relacionadas a la reposición de incapacidades**

1. En casos que el derechohabiente por cualquier motivo extravíe, deteriore y/o manche involuntariamente la incapacidad original inicial o prórroga de la misma, Trabajo Social tramita la reposición que 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 se justifica y se escribe en el expediente del derechohabiente y en la incapacidad se anota, 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).
2. Cuando el derechohabiente presente una incapacidad alterada en su contenido, se debe someter a lo dispuesto en la Ley del Seguro Social y las demás leyes aplicables.

**M. Relacionadas al responsable del llenado del formulario**

1. El médico tratante, es el responsable de llenar los siguientes espacios:
  - El numeral 2 riesgo y tipo de trabajador
  - El numeral 12 período de incapacidad, señalando "desde" y "hasta", así como el total de días en números y letras.
  - El numeral 15 nombre y código del médico, con su respectivo sello.
  - El numeral 16 firma del médico responsable (firma registrada en sistema)
  - En el campo diagnóstico, numeral 19 si genera subsidio, o 17 si no genera subsidio, con letra clara y legible.



2. El patrono del cotizante, es el responsable de llenar los siguientes espacios:
  - El numeral 10 nombre del patrono.
  - El numeral 11 número patronal.
  - Si solicita subsidios, el numeral 33 firma del patrono o representante legal con su respectivo sello en el numeral 34.
3. En el caso de empleados del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, el jefe inmediato o quien éste designe es el responsable de llenar la información anterior.
4. El resto de ítems, exceptuando aquellos de uso exclusivo de la Sección Subsidios, son llenados por personal de Enfermería, Recepcionista, Colaborador Clínico o el (la) Trabajador (a) Social cuando es un trámite de homologación de incapacidad. (según aplique).
5. En el caso que haya errores en el llenado del formulario, la secretaria, enfermera o recepcionista del área donde fue generada la incapacidad es la responsable de gestionar su corrección. En caso que los errores anteriores sean descubiertos por la Sección Subsidios, ellos remitirán por correo electrónico la incapacidad errónea al centro de atención que la emitió para que el director del centro o la persona que éste designe haga las correcciones debidas en un plazo máximo de 3 días, y posteriormente el centro de atención remite la incapacidad correcta a la Sección Subsidios, por la misma vía.

#### **O. Relacionadas al sistema de control de incapacidades**

1. El jefe del servicio clínico o coordinador de cada centro de atención, lleva un registro y control de toda extensión de las incapacidades por enfermedad o accidentes y licencias por maternidad por medio físico o electrónico.
2. Los directores de cada centro de atención envían trimestralmente los informes elaborados en el nivel local, en cuanto a incapacidades que generan o no, subsidios al Depto. Redes Integradas de Salud y áreas relacionadas para análisis y evaluaciones correspondientes.
3. Cada jefe de servicio clínico da indicación al personal médico y administrativo de completar el Formulario Registro de Certificaciones de Incapacidad Temporal código SAFISSS 130201149.



4. Los directores de cada centro de atención tienen la responsabilidad de vigilar la aplicación de las normas relacionadas con el otorgamiento de incapacidades en todos los centros asistenciales.

**P. Relacionadas al almacenaje, custodia y distribución de formularios de incapacidades**

1. La Jefatura de la sección servicios de material Impreso (Imprenta), mantiene el control manual o electrónico de las cantidades de formularios impresos de incapacidades con y sin subsidios, la numeración por series y el orden correlativo, que corresponde; además, los lugares de distribución, con las cantidades numeradas de los formularios, el nombre de las personas a quienes se les entrega, el medio de transporte, día y hora de dicha entrega. Este mismo sistema de control es aplicable para la sección almacén de artículos generales, almacenes regionales, locales y las dependencias dentro de los centros de atención.
2. Las jefaturas de la sección de almacén de artículos generales y de los almacenes regionales, tienen que velar por la existencia y dotación de los formularios de incapacidades que generen o no subsidios, a todos los centros que conforman la red de servicios de salud del ISSS, llevando un control sobre la distribución de los formularios a nivel nacional.
3. A nivel local, el lote de formularios está custodiado por la persona designada por la dirección local, y suministra a las demás dependencias o servicios por medio de nota de autorización elaborada por el director de cada centro de atención. Además, la entrega se realiza conforme al número de serie, correlativo, nombre, cargo y firma de la persona que recibe los formularios de incapacidad.
4. El director local vela por la correcta utilización de los formularios y es su responsabilidad el control de las existencias y su distribución.
5. Los almacenes de los centros de atención solicitan el aprovisionamiento de formularios, cuando lleguen al stock mínimo equivalente a la cantidad planificada para el consumo mensual.
6. El encargado del almacén y/o bodega del centro de atención, lleva un libro donde registra el nombre del servicio o dependencia que solicita los talonarios de formularios que generan o no, subsidios; anotando las series y correlativos de los formularios, los nombres y firmas de las personas que reciben estos últimos (de preferencia también lleva el registro electrónico).



Igualmente, el vale de consumo lleva los nombres y firmas de los responsables del servicio o dependencia que solicita. Asimismo, anota como recibido por el solicitante en el libro de control, registrando en dónde va a ser utilizada la papelería.

7. La entrega formal de esta papelería al personal de las clínicas se registra 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.
8. En caso de presentarse el extravío de formularios de incapacidad, la dependencia informa sobre el hecho a la Subgerencia de Servicios Operativos de Salud y al Departamento Jurídico de Procuración, así como divulgarlo por los medios que el Instituto disponga, definiendo el tipo de formulario, serie y números correlativos extraviados, a fin de prevenir el uso indebido de los mismos.
9. Los formularios de incapacidad anulados o inutilizados se conservan y se entregan en boletines al responsable de la custodia a nivel local, quien los resguarda y realiza las acciones pertinentes, conforme a la Ley de Acceso a la Información Pública y su reglamento, Manual de Normas y Procedimientos Realizar Descarte, Disposición Final y Reciclaje de Bienes en los Centros de Atención y Dependencias Administrativas del ICSS vigente o bien, solicitar lineamientos a la Oficina de Gestión Documental y Archivos.

## VIII. Responsabilidades

### A. Director del centro de atención

1. Monitorea la correcta aplicación de la normativa relacionada al otorgamiento de incapacidades temporales y licencias por maternidad a los asegurados del ICSS.
2. Envía trimestralmente los informes elaborados en el nivel local en cuanto a incapacidades que generan o no generan subsidios al Departamento Redes Integradas de Salud y áreas relacionadas para análisis y evaluaciones correspondientes.



## **B. Jefe del servicio clínico o coordinador médico**

1. Lleva un registro, control y análisis de toda extensión de las incapacidades por enfermedad o accidentes y licencias de maternidad por cualquier medio, de preferencia en los sistemas informáticos.
2. Proporciona indicación al personal médico y administrativo de completar el Formulario Registro de Certificaciones de Incapacidad Temporal código SAFISSS 130201149.

## **C. Médico tratante**

1. Establece la pertinencia y periodo de días otorgado en el certificado de incapacidad temporal.
2. Anota la incapacidad en la hoja de emergencia, cuando en los servicios de emergencias no se disponga del expediente clínico del derechohabiente.

## **D. Jefatura de Sección Servicios de Material Impreso (Imprenta)**

1. Realiza tiraje y lleva un control manual o electrónico 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 a almacén central y regionales.

## **E. Jefaturas y encargados de almacén central, regionales y locales**

1. Velar por la existencia y dotación de los formularios de incapacidades que generen o no subsidios, a todos los centros que conforman la red de servicios de salud del ISSS, llevando un control sobre la distribución de los formularios.

## **F. Jefatura de Sección Subsidios**

1. Remite oportunamente al paciente al Servicio de Trabajo Social del centro de atención que atiende el caso para valorar el inicio del trámite de su pensión temporal en el momento que se considere la misma.
2. Lleva contabilizados los días otorgados a cada cotizante y debe otorgar al paciente un aviso para iniciar proceso de pensión de invalidez al cumplir los 180 días de incapacidad.



3. Remite por correo electrónico la incapacidad errónea al centro de atención que la emitió para que el director del centro o la persona que éste designe haga las correcciones debidas en un plazo máximo de 3 días.

## IX. Registros y formularios utilizados

1. Certificado de Incapacidad Temporal (CIT): Incapacidades que generan subsidio código SAFISSS 130201021
2. Certificado de Incapacidad Temporal (CIT): Incapacidades que no generan subsidio código SAFISSS 130201023
3. Registro de Certificaciones de Incapacidad Temporal código SAFISSS 130201149.
4. Solicitud para la recepción de trámite en trabajo social código SAFISSS 130201720
5. Constancia de Retiro por Maternidad código SAFISSS 130101092
6. Respuesta a Solicitud de Homologación de Incapacidad Form. 514502-014-03-23

## X. Personal que participó en la elaboración del documento

NOMBRE	PUESTO	DEPENDENCIA
<b>Dra. Diana Cabrera de Hércules</b>	Jefatura de Subgerencia	Subgerencia de Servicios Operativos de Salud
<b>Dr. Osman M. Amaya</b>	Jefatura de Sección	Sección Redes
<b>Dr. Guillermo N. Araya Flores</b>	Colaborador Técnico en Salud II	Departamento Redes Integrales de Salud
<b>Dr. Luis Estrada Regalado</b>	Jefatura de Programa	Programas Especiales
<b>Dr. Wilfredo Quezada Delgado</b>	Colaborador Técnico en Salud II	Departamento Servicios Administrativos de Salud
<b>Dra. Reina M. Pérez de Pérez</b>	Jefatura de Sección	Sección Telemedicina
<b>Lic. Daniel Chacón</b>	Jefatura de Unidad	Unidad Jurídica
<b>Licda. Silvia C. Oviedo Hernández</b>	Jefatura de Sección	Sección Trabajo Social
<b>Licda. Milagro Rodríguez Cornejo</b>	Jefatura de Trabajo Social	Hospital Médico Quirúrgico Oncológico
<b>Lic. Ernesto E. Montes</b>	Jefatura de Departamento	Departamento de Beneficios Económicos
<b>Lic. Fidel Urquilla Aleman</b>	Jefatura de Sección	Sección Subsidios
<b>Licda. Renata Vásquez de Vásquez</b>	Jefatura de Departamento	Departamento Gestión de Calidad Institucional



<b>Inga. Alicia B. Azucena Martínez</b>	Jefatura de Sección	Sección Desarrollo y Gestión de Procesos
<b>Ing. Jorge A. Baires Orellana</b>	Analista de Desarrollo Institucional	Sección Desarrollo y Gestión de Procesos

## XI. Registro de actualización del documento

	Normativa		NOR-S-036
Otorgamiento de incapacidades temporales y licencias por maternidad a los asegurados del ISSS			
Modificaciones			
Versión	Fecha	Naturaleza de la modificación	Aprobado
0	Diciembre 2003	Creación del documento	Subdirección de Salud
1	Junio 2009	Actualización del documento	Subdirección de Salud
2	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.	Subdirección de Salud
3	Junio 2023	MODIFICACIÓN: Se actualizó las normas del documento y se eliminó el apartado de normas relativas al sistema de control y los comités locales de evaluación de la calidad de atención en salud (CLECAS) a solicitud de la Gerencia de Salud. Además, se incluyó normas relativas al otorgamiento de incapacidades brindadas por la Sección Telemedicina (Dr. ISSS en línea) y normas para recibir la documentación de la homologación de incapacidades en forma digital. Se le da de baja de los documentos a la normativa anterior de Julio 2014.	Dirección General



## XII. Anexos

Anexo 1: Certificado de Incapacidad Temporal (CIT): Incapacidades que generan subsidio código SAFISSS 130201021

### INCAPACIDADES QUE GENERAN SUBSIDIOS

<b>INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL (C.I.T.)</b>					1. SELLO DE CLÍNICA O SERVICIO																																																																																																																																													
2. RIESGO Y TIPO DE TRABAJADOR		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20%;">Enfer. Común</td> <td style="width: 20%;">Enfer. Profes.</td> <td style="width: 20%;">Accid. Común</td> <td style="width: 20%;">Accid. de Trab.</td> <td style="width: 20%;">Mater-nidad</td> </tr> </table>	Enfer. Común	Enfer. Profes.	Accid. Común	Accid. de Trab.	Mater-nidad	3. TIPO DE INCAPACIDAD																																																																																																																																										
Enfer. Común	Enfer. Profes.	Accid. Común	Accid. de Trab.	Mater-nidad																																																																																																																																														
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;">Régimen General</td> <td style="width: 50%;">Trabajador Independiente</td> </tr> </table>		Régimen General	Trabajador Independiente	Inicial <input type="checkbox"/>  Prórroga <input type="checkbox"/>																																																																																																																																														
Régimen General	Trabajador Independiente																																																																																																																																																	
4. NOMBRE DEL ASEGURADO					5. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN #																																																																																																																																													
6. SEXO		7. TELÉFONO DE ASEGURADO O PARIENTE			<input type="checkbox"/> DUI <input type="checkbox"/> CARNÉ MINORIDAD <input type="checkbox"/> AFILIACIÓN																																																																																																																																													
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 M</td> <td style="width: 50%;">2 F</td> </tr> </table>		1 M	2 F	TELÉFONO PATRONAL			8. OCUPACIÓN																																																																																																																																											
1 M	2 F																																																																																																																																																	
9. DIRECCIÓN DEL ASEGURADO      DEPARTAMENTO      MUNICIPIO					11. No. PATRONAL																																																																																																																																													
10. NOMBRE DEL PATRONO																																																																																																																																																		
12. PERÍODO DE INCAPACIDAD DESDE																																																																																																																																																		
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <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><td colspan="15"></td> </tr> <tr> <td>N</td><td>E</td><td>A</td><td>R</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><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> <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><td colspan="15"></td> </tr> <tr> <td>N</td><td>E</td><td>A</td><td>R</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><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>							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D																N	E	A	R	A	J	J	A	S	O	N	D	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	R	A	J	J	A	S	O	N	D	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	R	A	J	J	A	S	O	N	D	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	R	A	J	J	A	S	O	N	D	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																																																																																																																																																		
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <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><td colspan="15"></td> </tr> <tr> <td>N</td><td>E</td><td>A</td><td>R</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><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> <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><td colspan="15"></td> </tr> <tr> <td>N</td><td>E</td><td>A</td><td>R</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><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>							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D																N	E	A	R	A	J	J	A	S	O	N	D	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	R	A	J	J	A	S	O	N	D	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	R	A	J	J	A	S	O	N	D	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	R	A	J	J	A	S	O	N	D	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				15. NOMBRE Y CÓDIGO DEL MÉDICO		16. FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE																																																																																																																																												
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



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).



Anexo 2: Certificado de Incapacidad Temporal (CIT): Incapacidades que no generan subsidio código SAFISSS 130201023

INCAPACIDADES QUE NO GENERAN SUBSIDIOS

<b>INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL (C.I.T.)</b>						1. SELLO DE CLÍNICA O SERVICIO																																																																																																																																																																																															
2. RIESGO <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: 8px;"> <tr> <td style="width: 15%;">Enferm. Común</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 15%;">Enferm. Profes.</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">2</td> <td style="width: 15%;">Accid. Común</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">3</td> <td style="width: 15%;">Accid. de Trab.</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">4</td> <td style="width: 15%;">Mater-nidad</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">5</td> </tr> </table>					Enferm. Común		1	Enferm. Profes.	2	Accid. Común	3	Accid. de Trab.	4	Mater-nidad	5	3. TIPO DE INCAPACIDAD  INICIAL <input type="checkbox"/>  PRÓRROGA <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																					
Enferm. Común	1	Enferm. Profes.	2	Accid. Común	3		Accid. de Trab.	4	Mater-nidad	5																																																																																																																																																																																											
4. TIPO DE TRABAJADOR <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: 8px;"> <tr> <td style="width: 15%;">Régimen General</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 15%;">Trab. Indep.</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">2</td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>					Régimen General		1	Trab. Indep.	2																																																																																																																																																																																												
Régimen General	1	Trab. Indep.	2																																																																																																																																																																																																		
5. NOMBRE DEL ASEGURADO _____						6. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN # _____																																																																																																																																																																																															
7. SEXO <table border="1" style="width: 50%; border-collapse: collapse; font-size: 8px;"> <tr> <td style="width: 50px; text-align: center;">1 M</td> <td style="width: 50px; text-align: center;">2 F</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>		1 M	2 F			8. DIRECCIÓN DEL ASEGURADO _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin: 0 auto;"> <span>Departamento</span> <span>Municipio</span> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin: 0 auto;"> <span>Calle</span> <span>N°</span> <span>Colonia o Barrio</span> </div>				<input type="checkbox"/> DUI <input type="checkbox"/> CARNÉ <input type="checkbox"/> AFILIACIÓN MINORIDAD																																																																																																																																																																																											
1 M	2 F																																																																																																																																																																																																				
10. NOMBRE DEL PATRONO _____						11. No. PATRONAL _____																																																																																																																																																																																															
12. DÍAS DE INCAPACIDAD <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 8px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;">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> <td colspan="20"></td> </tr> <tr> <td>DESDE</td> <td>N</td><td>E</td><td>A</td><td>B</td><td>A</td><td>U</td><td>U</td><td>G</td><td>E</td><td>C</td><td>O</td><td>I</td> <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> <tr> <td></td> <td>E</td><td>B</td><td>R</td><td>Y</td><td>N</td><td>L</td><td>O</td><td>P</td><td>T</td><td>V</td><td>C</td> <td colspan="20"></td> </tr> <tr> <td>HASTA</td> <td>N</td><td>E</td><td>A</td><td>B</td><td>A</td><td>U</td><td>U</td><td>G</td><td>E</td><td>C</td><td>O</td><td>I</td> <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> <tr> <td></td> <td>E</td><td>B</td><td>R</td><td>Y</td><td>N</td><td>L</td><td>O</td><td>P</td><td>T</td><td>V</td><td>C</td> <td colspan="20"></td> </tr> </table>							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D																					DESDE	N	E	A	B	A	U	U	G	E	C	O	I	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	B	R	Y	N	L	O	P	T	V	C																					HASTA	N	E	A	B	A	U	U	G	E	C	O	I	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	B	R	Y	N	L	O	P	T	V	C																					Total de días: (en números) _____ (En letras) _____						13. FECHA DE EXPEDICIÓN _____
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D																																																																																																																																																																																									
DESDE	N	E	A	B	A	U	U	G	E	C	O	I	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	B	R	Y	N	L	O	P	T	V	C																																																																																																																																																																																										
HASTA	N	E	A	B	A	U	U	G	E	C	O	I	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	B	R	Y	N	L	O	P	T	V	C																																																																																																																																																																																										
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





Anexo 4: Solicitud para la recepción de trámite en trabajo social código SAFISSS 130201720

<b>INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>GERENCIA DE SALUD</b> <b>SOLICITUD PARA LA RECEPCIÓN DE TRÁMITE EN TRABAJO SOCIAL</b>																	
<b>1.- TIPO DE SOLICITANTE</b> <input type="checkbox"/> Cotizante <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/> Otro: _____	<b>2.- TERCERO QUE PRESENTA LA SOLICITUD</b> <input type="checkbox"/> Apoderado (Presentar poder notarial) <input type="checkbox"/> Autorizado	<b>3.- MEDIO DE PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD</b> <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Medios electrónicos															
<b>4.- INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE</b> Nombre: _____ Número DUI/Carnet de Residente/Pasaporte: _____ Número de Afiliación: _____ Domicilio: _____																	
<b>5.- AUTORIZACIÓN A TERCEROS</b> Yo _____ manifiesto mi consentimiento expreso de otorgar representación a _____ con DUI No. _____ para realizar el trámite																	
<b>6.- MEDIO PARA RECIBIR NOTIFICACIONES</b> <input type="checkbox"/> Correo electrónico: _____ Número teléfono móvil: _____ <input type="checkbox"/> Servicio de mensajes cortos (SMS): _____ <input type="checkbox"/> Aplicación de mensajería (WhatsApp)																	
<b>7.- MEDIO ALTERNATIVO DE CONTACTO</b> Nombres: _____ Apellidos: _____ Correo electrónico: _____ Número teléfono móvil: _____ <input type="checkbox"/> Servicio de mensajes cortos (SMS): _____ <input type="checkbox"/> Aplicación de mensajería (WhatsApp)																	
<b>8.- TRAMITE SOLICITADO</b> Paciente: _____ Número DUI/Carnet de Residente/Pasaporte: _____ <input type="checkbox"/> Solicitud de constancia médica <input type="checkbox"/> Solicitud de reposición de incapacidades <input type="checkbox"/> Solicitud de cesantía <input type="checkbox"/> Solicitud de recanalización quirúrgica <input type="checkbox"/> Solicitud de evaluación médica para pensión de _____ <input type="checkbox"/> Solicitud de resúmenes clínicos <input type="checkbox"/> Solicitud de homologación de incapacidades generadas por servicios médicos privados o nacionales <input type="checkbox"/> Solicitud de entrega de autorización de medicamentos para pacientes que salen del país <input type="checkbox"/> Otros (Especifique): _____																	
<b>9.- DECLARACION DEL SOLICITANTE/REPRESENTANTE</b> <b>"Ley del Seguro Social y sus reglamentos"</b> Art. 77.- El asegurado o beneficiario que en sus relaciones con el instituto incurra en fraude, altere documentos o intente inducir a engaños al personal del mismo, quedará sujeto a las sanciones reglamentarias correspondientes. Art. 78.- Toda persona que reciba una asignación del instituto, sea en dinero o en especie, deberá destinarla exclusivamente al fin para el cual fue acordada. <b>"Ley de procedimientos administrativos"</b> <b>Deberes de las Personas en sus Relaciones con la Administración</b> Art. 17.- Correlativamente con los derechos que les asisten y con el fin de contribuir a la eficacia de la Administración Pública, los ciudadanos tendrán los siguientes deberes: 2. Actuar de acuerdo con el principio de buena fe, absteniéndose de emplear maniobras dilatorias en los procedimientos y de efectuar o aportar declaraciones o documentos falsos o hacer peticiones o afirmaciones temerarias. <b>"Código Penal (ESTAFA)"</b> Art. 245.- El que obtuviere para sí o para otro un provecho injusto en perjuicio ajeno, mediante ardido o cualquier otro medio de engañar o sorprender la buena fe, será sancionado con prisión de dos a cinco años si la defraudación fuere mayor de doscientos colones. Por medio de la presente declaro que he leído el contenido de los artículos arriba mencionados, por lo cual declaro que toda la información proporcionada es verdadera sabiendo que la falsedad de documentos en tramites gubernamentales podría constituir en un delito; y que estoy enterado que el Instituto podrá verificar la información que he proporcionado si así lo considera necesario.																	
_____ (Firma del solicitante/representante)																	
<b>USO EXCLUSIVO DE TRABAJO SOCIAL</b>																	
Lugar, fecha y hora de solicitud HH : MM <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm DD / MM / AA		Centro de Atención: Número de registro por centro de atención:															
<b>Documentos recibidos para realizar el trámite:</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 5%;">1</td><td style="width: 85%;"></td><td style="width: 10%; text-align: center;">6</td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td style="text-align: center;">7</td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td style="text-align: center;">8</td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td style="text-align: center;">10</td></tr> </table>			1		6	2		7	3		8	4		9	5		10
1		6															
2		7															
3		8															
4		9															
5		10															
El solicitante posee documentos pendientes de entregar <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																	
<b>Documentos pendientes de entregar para realizar el trámite:</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 5%;">1</td><td style="width: 85%;"></td><td style="width: 10%; text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td style="text-align: center;">4</td></tr> </table>			1		3	2		4									
1		3															
2		4															
<b>10.- CONSTANCIA DE RECEPCIÓN DE ESCRITOS Y DOCUMENTOS</b> Centro de atención: _____ Medio de presentación: _____ Número de registro por centro de atención: _____ Fecha: DD / MM / AA Hora: HH : MM <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm		_____ (Nombre y firma de Trabajador Social)															
Nota: En caso de tener documentos pendientes para realizar el trámite, el interesado debe presentarlos en un plazo máximo de diez días hábiles. Si el interesado no realizara las actuaciones procedentes en dicho plazo, se archivara el escrito sin más trámite.		_____ Sello															



Anexo 5: Constancia de Retiro por Maternidad código SAFISSS 130101092



**INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL**  
**SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA**  
**CONSTANCIA DE RETIRO POR MATERNIDAD**

Nombre de la asegurada: \_\_\_\_\_

Número de afiliación: \_\_\_\_\_ Número patronal: \_\_\_\_\_

Fecha en que comenzó a gozar de su descanso por maternidad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha de la expedición

\_\_\_\_\_  
Firma y sello patronal

**INFORMACIÓN IMPORTANTE:**

1. El subsidio por maternidad se otorgará por un período máximo de 16 semanas.
2. Dicho período, la asegurada podrá gozarlo a partir de la fecha del parto, hospitalización o como máximo con 6 semanas de anticipación a la fecha de parto.
3. La fecha del parto deberá estar incluida en las 16 semanas de incapacidad.
4. En ningún caso se tendrá derecho a recibir subsidio acumulado por concepto de enfermedad y maternidad.
5. La asegurada no deberá efectuar trabajo remunerado durante el período subsidiado.

**C. SAFISSS 130101092**



Anexo 6: Respuesta a Solicitud de Homologación de Incapacidad Form. 514505-014-03-23

<p><b>INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL</b>  <b>GERENCIA DE SALUD</b>  <b>RESPUESTA A SOLICITUD DE HOMOLOGACIÓN DE INCAPACIDAD</b></p> <p style="text-align: right;">Referencia de trámite N° _____</p>
<p>Nombre del centro de atención: _____</p> <p>Documento de identidad del paciente:</p> <p>DUI <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carnet de residente <input type="checkbox"/> Número: _____</p>
<p>Luego de la revisión de la documentación presentada se informa que la solicitud ha sido <b>DENEGADA</b> por las razones que se explican a continuación:</p> <p><input type="checkbox"/> El médico u odontólogo no este inscrito en la Junta de Vigilancia de la Profesión Médica u Odontológica</p> <p><input type="checkbox"/> La documentación es presentada incompleta y no se presenta en el tiempo estipulado para subsanarla (extemporanea)</p> <p><input type="checkbox"/> La documentación presentada no respalda el diagnóstico de la incapacidad, según criterio médico</p> <p><input type="checkbox"/> La documentación se encuentre manchada, deteriorada o no legible</p> <p><input type="checkbox"/> Otra razón: _____</p>
<p>_____  Firma y sello del médico que validó la documentación      Nombre y firma de Trabajador (a) Social o persona delegada por el director local que recibo documentación</p>
<p><b>Aclaración para usuario:</b> Se informa que la presente solicitud puede ser nuevamente presentada una vez se hayan solventado o subsanado las razones de denegatoria, o cuando complete todos los documentos que se le hayan indicado.</p>
<p><b>ESPACIO PARA NOTIFICACIÓN</b></p>
<p>Empleado que notifica: Doy fé de haber notificado la presente resolución a la persona que se identifica como usuario notificado</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Número de empleado: _____ Firma: _____</p> <p><b>Usuario notificado:</b></p> <p>Nombre: _____</p> <p>DUI <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carnet de residente <input type="checkbox"/> Número: _____</p> <p>Firma según documento de identidad: _____</p>
<p><b>CONSTANCIA DE NEGATIVA A FIRMAR NOTIFICACIÓN</b></p>
<p>Hago constar que informé al solicitante sobre la presente resolución, quien se negó a firmar la recepción del presente documento, a pesar de lo cual informé verbalmente la denegatoria de su solicitud y sobre su derecho a presentar nuevamente el trámite una vez se hayan subsanado las observaciones que se le han realizado y que constan en este mismo documento.</p> <p>Nombre del empleado: _____</p> <p>Número de empleado: _____ Número de DUI: _____</p> <p>Cargo: _____ Fecha y hora: _____</p> <p>Firma: _____</p>

Nota: Se entregará una copia al usuario de este documento cuando sea denegada

Form. 514505-014-03-23



### XIII. Registro de Adendas

		Normativa Otorgamiento de incapacidades temporales y licencias por maternidad a los asegurados del ISSS		NOR-S-036
Adenda				
# Adenda	Fecha	Detalle de la modificación	Aprobado	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				