



FORMULARIO UNICO DE TRAMITE (FUT)

DISTRIBUCION GRATUITA

(RER N° 748-2012-GRH/PR)

SELO DE RECEPCION

1. SUMILLA:

2. DEPENDENCIA O AUTORIDAD A QUIEN SE DIRIGE:

3. DATOS DEL USUARIO, NOMBRES Y APELLIDOS:

3.1. DNI:	3.2. DOMICILIO:
3.3. DISTRITO Y PROVINCIA:	3.4. TELEFONO FIJO, CELULAR Y EMAIL:

4. FUNDAMENTO DEL PEDIDO:.....

5. DOCUMENTOS QUE ADJUNTA:.....

6. LUGAR Y FECHA:	7. FIRMA DEL USUARIO
-------------------	----------------------

1. SOLICITANTE:.....

.....

2. DNI:.....

.....

3. ASUNTO:.....

.....

SELO DE RECEPCION



“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”
“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

DECLARACIÓN JURADA

El _____ que _____ suscribe

.....
..... identificado con DNI N°
....., declaro bajo juramento:

- a) No tener impedimento para ocupar un puesto de trabajo en el Estado.
- b) Conozco, acepto y me someto a las leyes vigentes.
- c) Me comprometo a cumplir con las funciones asignadas.
- d) Percibo otra remuneración o ingreso del Estado:

No

Si especificar: Remuneración:

Pensión:

Otros: especificar: _____

Monto: _____

Entidad: _____

En caso de resultar falsa la información que proporciono, me someto a las disposiciones sobre el delito de falsa declaración en Procesos Administrativos – Artículo 411° del Código Penal y Delito contra la Fe Pública – Título XIX del Código Penal, acorde al artículo 32° de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Firma

Tingo María, ___ de _____ de 2021.



“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”
“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

DECLARACION JURADA

La (el) que suscribe

Identificada (o) con DNI N°....., domiciliada (o) en

.....

.....

DECLARO BAJO JURAMENTO, no registrar sentencias condenatorias consentidas y/o ejecutoriadas por alguno de los siguientes delitos:

- a) Delito de tráfico ilícito de drogas, artículos 296, 296-A primer, segundo y cuarto párrafo; 296-B, 297; delitos de concusión, artículos 382, 383, 384; delitos de peculado, artículos 387, 388, 389; delitos de corrupción de funcionarios, artículos 393, 393-A, 394, 395, 396, 397, 397-A, 398, 399, 400 y 401 del Código Penal.
- b) Delito de financiamiento de terrorismo, establecido en el artículo 4-A del Decreto Ley 25475, Decreto Ley que establece la penalidad para los delitos de terrorismo y los procedimientos para la investigación, la instrucción y el juicio, con la finalidad de sancionar el delito de financiamiento del terrorismo.
- c) Delitos previstos en el artículo 1, actos de conversión y transferencia; artículo 2, actos de ocultamiento y tenencia; y, artículo 3, transporte, traslado, ingreso o salida por territorio nacional de dinero o títulos valores de origen ilícito, contemplados en el Decreto Legislativo 1106, Decreto Legislativo de lucha eficaz contra el lavado de activos y otros delitos relacionados a la minería ilegal y crimen organizado.
- d) Delito de apología al terrorismo, artículo 316-A, del Código Penal.
- e) Delito contra la libertad sexual, artículo 108-B, de la Ley 30076, Ley que modifica el código penal, código procesal penal, código de ejecución penal y el código de los niños y adolescentes y crea registros y protocolos con la finalidad de combatir la inseguridad ciudadana.
- f) Sanción administrativa que acarree inhabilitación, inscritas en el Registro Nacional de Sanciones contra Servidores Civiles.

Firma

Tingo María, __ de _____ del 2021

1 Ley N° 29607, de fecha 22 de octubre del 2010.



“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”
“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

DECLARACION JURADA

La (el) que suscribe

Identificada (o) con DNI N°....., domiciliada (o) en

.....

.....

DECLARO BAJO JURAMENTO

- ✓ No registrar Antecedentes Penales¹, Policiales, ni Judiciales.
- ✓ Gozar de Buena Salud Física y Mental.
- ✓ No estar inhabilitado para contratar con el Estado.
- ✓ No tener deudas por conceptos de alimentos, ya sea por obligaciones alimentarias establecidas en sentencias o ejecutorias, o acuerdos conciliatorios con calidad de cosa juzgada, así como tampoco mantengo adeudos por pensiones alimentarias devengadas en un proceso cautelar o en un proceso de ejecución de acuerdos conciliatorios extrajudiciales sobre alimentos, que haya ameritado, la inscripción del suscrito en el Registro de Deudores Alimentarios creado por la Ley N° 28970.
- ✓ No estar registrado en el Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido RNSDD

En caso de resultar falsa la información que proporcione, me someto a las disposiciones sobre el delito de falsa declaración en Procesos Administrativos – Artículo 411° del Código Penal y Delito contra la Fe Pública – Título XIX del Código Penal, acorde al artículo 32° de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

_____ Firma

Tingo María, __ de _____ del 2021



“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”
“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

DATOS PARA SISTEMA PREVISIONAL

SISTEMA PREVISIONAL

Expreso mi consentimiento a afiliarme:

Régimen Nacional de Pensiones (ONP)

Régimen Privado de Pensiones (AFP)

Estoy afiliado al siguiente régimen:

SISTEMA NACIONAL DE PENSIONES (SNP)

Fecha de Afiliación

SISTEMA PRIVADO DE PENSIONES (AFP)

Fecha de Afiliación

AFP INTEGRAL

AFP PRIMA

AFP HABITAT

AFP PROFUTURO

SOY PENSIONISTA

DL. 20530

DL 19990

OTROS (PRECISAR)

.....

DE SER PENSIONISTA PRESENTAR:

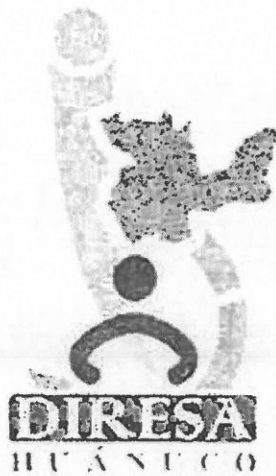
Resolución de Pensionista

Resolución de Suspensión de Pensión

Carta Declaración de Voluntad de No aporte al SPP por ser Pensionista

Tingo María,dede 2021

(Firma)



Oficina Ejecutiva de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos

**Ficha de Datos Personales
Personal: Nombrado SERUMS y CAS
Designado**

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

ESPECIALIDAD :

UBICACIÓN LABORAL :

MODALIDAD :

PRESUPUESTO :

II. DATOS LABORALES

1. REGIMEN LABORAL

D.L. 276 D.L. 1057 D.L. 728 SNP

2. CONDICIÓN LABORAL

NOMBRADO CONTRATADO SERUMS SNP

3. GRUPO OCUPACIONAL

PROFESIONAL DE LA SALUD PROFESION ADMINIST. TECNICO ASISTENCIAL TÉCNICO ADMINIST. AUXILIAR

4. UBICACIÓN LABORAL

CARGO ESTRUCTURAL (denominación del cargo):

CATEGORIA O NIVEL REMUNERATIVO

CARGO FUNCIONAL:

DEPENDENCIA LABORAL:

OFICINA Y AREA DONDE LABORA:

5. MODALIDAD DE INGRESO

CONCURSO MANDATO JUDICIAL REPOSICIÓN DESIGNACIÓN

REASIGNACIÓN DESTAQUE PERMUTA OTRO

FECHA DE INGRESO:

DOCUMENTO DE INGRESO Y/O REINGRESO

RESOLUCIÓN DIRECTORAL	N°	FECHA:
MEMORANDUM	N°	FECHA:
OFICIO	N°	FECHA:
CONTRATO	N°	FECHA:

6. HISTORIA LABORAL

1.

2.

3.

4.

5.

III. NIVEL EDUCATIVO

16. Estudios Realizados					
PRIMARIA		Centro de Estudios	Año que Concluyo		
Completa	<input type="checkbox"/>				
Incompleta	<input type="checkbox"/>				
SECUNDARIA		Centro de Estudios	Año que Concluyo		
Completa	<input type="checkbox"/>				
Incompleta	<input type="checkbox"/>				
(IST)		Centro de Estudios	Desde	Hasta	Año que Concluyo
Completa	<input type="checkbox"/>				
Incompleta	<input type="checkbox"/>				
UNIVERSITARIOS		Centro de Estudios	Desde	Hasta	Año que Concluyo
Estudiante	<input type="checkbox"/>				
Egresado	<input type="checkbox"/>				
Bachiller	<input type="checkbox"/>				
Titulado	<input type="checkbox"/>				
SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN		Centro de Estudios	Desde	Hasta	Año que Concluyo
Magister	<input type="checkbox"/>				
Doctorado	<input type="checkbox"/>				

17. Denominación del Grado / Título Especialidad	Institución ó Entidad	Fecha	N° Colegiatura
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			
6)			
7)			

Declaro bajo juramento que los datos proporcionados son exactos autorizando a la institución en la que laboro a efectuar las verificaciones que juzgue necesarias, asimismo me comprometo a presentar los documentos que me soliciten.

..... de del 201

.....
Firma del Trabajador

**REGISTRO DE TITULAR Y BENEFICIARIOS
+ VIDA SEGURO DE ACCIDENTES**

IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR
N° de documento de identidad

N° Folio EsSalud

Pág N° De

DISTRIBUCIÓN GRATUITA - PROHIBIDA SU VENTA

DATOS DEL TITULAR	
Primer apellido	Segundo apellido
Nombres	
DATOS DEL CÓNYUGE O CONCUBINO(A)	
Primer apellido	Segundo apellido
Nombres	

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		VINCULO	APELIDOS Y NOMBRES		PARTIC
Pais	Documento de Identificación	(Tabla N°5)	Primer apellido	Segundo apellido	%
(Tabla N°2)	Número	(Tabla N°5)	Nombres		

DECLARACIÓN JURADA:
La información que el asegurado titular consigne en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada, sujeta a las sanciones establecidas en la Ley 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, concordante con el Código Penal en sus artículos pertinentes.

Correo electrónico: _____

Fecha de registro: ____/____/____

Firma y sello de EsSalud

BENEFICIARIOS

Tabla N° 2: Países	
Código	Países
032	Argentina
068	Bolivia
076	Brasil
124	Canadá
152	Chile
156	China
170	Colombia
218	Ecuador
724	España
840	Estados Unidos
380	Italia
484	México
558	Nicaragua
591	Panamá
600	Paraguay
604	Perú
710	Sudáfrica
862	Venezuela
999	Otros

Tabla N° 3: Tipo de documento de identificación

Código	Documento Nacional de Identidad
01	Carnet de Extranjería
04	Registro Unico de Contribuyentes
06	Passaporte
07	Cod. Inscripción Empleador TH
17	Número correlativo de organización-NCO
20	Documento no especificado
80	Otros
99	

Tabla N° 4: Tipo de operación

Código	Alta
1	Baja
2	Cambios
3	

Tabla N° 5: Vinculo

Código	Titular
01	Hijo
02	Cónyuge
03	Concubina (o)
04	Madre gestante de hijo extramatrimonial
05	Hijo mayor de edad
06	Incapacitado permanente
07	Padre
08	Madre
09	Tutor
10	Curador
11	Solicitante
12	Neonato
13	Beneficiario
14	Otro familiar no derechohabiente
15	Hijo postumo
55	Entidad cooperante
99	Otros

IMPORTANTE

- El formulario debe ser presentado por el asegurado titular debidamente llenado sin borrones ni enmendaduras.
- La presentación del formulario se realizará en las agencias de seguros/oficinas de Aseguramiento de EsSalud. La presentación de los formularios de los trabajadores dependientes puede ser realizada por la entidad empleadora (asistente social).
- El asegurado titular se quedará con la copia que le corresponde, la misma que contará con el sello de recepción de EsSalud.
- Para informes y consultas llame al 419-000 (Lima) o al 0-801-100-10 (provincias) o visítanos en www.essalud.gob.pe
- Para llenar las casillas con números ver las tablas que se presentan en el formulario.

USUARIO

DECLARACION JURADA DE ASEGURADOS Y DERECHAHABIENTES

I. DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRES _____ DNI _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
(Día/mes/año)

DIRECCION DOMICILIARIA ACTUAL: (calle, jirón, avenida, pasaje, prolongación y otros).....
DPTO-Provincia y Distrito:.....

Adjuntar copia ampliada de documento nacional de identidad (legible)

II. DATOS LABORALES

INDICAR REGIMEN PENSIONARIO EN EL QUE SE ENCUENTRA (de ser el caso)
Decreto Ley 20530() Decreto Ley 19990-ONP() Decreto Ley 25897-AFP()

Si este afiliado en una AFP indicar:

PROFUTURO () INTEGRA () PRIMA () HABITAD ()

ENTIDAD DE PROCEDENCIA

SI ES PENSIONISTA INDICAR EL REGIMEN DL N° 20530() DL N° 19990() DL 25897()

III. DATOS DEL (LA) CONYUGUE O CONCUBINA.

APELLIDOS Y NOMBRES _____ DNI _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
(Día/mes/año)

DIRECCION DOMICILIARIA ACTUAL: (calle, jirón, avenida, pasaje, prolongación y otros)..... DPTO Provincia
Distrito.....

Adjuntar copia ampliada de documento nacional de identidad (legible)

De ser cónyuge, presentar partida de matrimonio emitido por el RENIEC, con una vigencia no mayor de tres (03) meses.

IV. DATOS DE HIJOS (MENORES DE 18 AÑOS)

APELLIDOS Y NOMBRES _____ DNI _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
(Día /mes/ año)

DIRECCION DOMICILIARIA ACTUAL: (calle, jirón, avenida, pasaje, prolongación y otros).....

Adjuntar copia ampliada de documento nacional de identidad (legible)

NOTA: Adjuntar Formato de EsSalud 1010- Versión 1.1. Debidamente firmado por el titular

FIRMA DEL DECLARANTE

NOTA IMPORTANTE: Los datos requeridos en este formato constituyen requisitos indispensables y obligatorios para la incorporación en la planilla de pagos; consecuentemente, para su registro en ESSALUD, SUNAT, MEF, etc., bajo responsabilidad administrativa y civil.

FORMATO DE ELECCION DEL REGIMEN PENSIONARIO

I. DATOS DEL TRABAJADOR:													
1. APELLIDO PATERNO:													
2. APELLIDO MATERNO:													
3. NOMBRES:													
4. TIPO DE DOCUMENTO:													
	DNI												
	Carné de extranjería												
	Pasaporte												
	Otro												
5. SEXO	F	M											
6. FECHA DE NACIMIENTO													
	Día		Mes		Año								
	Avenida		Calle		Jirón		Otros:						
7. DOMICILIO													
	Distrito												
	Provincia												
	Departamento												
EMAIL PERSONAL													
EMAIL PERSONAL (Alternativo)													
II. DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA													
1. NOMBRE O RAZON SOCIAL:													
2. Nº DE RUC:													
3. DEPARTAMENTO DE DOMICILIO FISCAL:													
III. DATOS DEL VINCULO LABORAL													
1. FECHA DE INICIO DE LA RELACION LABORAL:													
	Día		Mes		Año								
2. REMUNERACION:													
IV. ELECCIÓN DEL SISTEMA PENSIONARIO													
1. SISTEMA NACIONAL DE PENSIONES (ONP)													
2. SISTEMA PRIVADO DE PENSIONES													

Firma del trabajador: _____

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

DNI

C.E.

Otro (Especificar):

NRO. DOC. IDENTIDAD:

APELLIDOS Y NOMBRES:

CORREO ELECTRÓNICO:

TIPO DE ASEGURADO:

REGULAR

AGRARIO

POTESTATIVO

CONVENIO CON EL CGBVP

NRO. DE RUC DEL EMPLEADOR (Sólo si es asegurado regular o agrario dependiente):

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O CONCUBINO(A)

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

DNI

C.E.

Otro (Especificar):

NRO. DOC. IDENTIDAD:

APELLIDOS Y NOMBRES:

INFORMACIÓN DE BENEFICIARIO(S)

TIPO DOC. IDENT.	NRO. DOC. IDENT.	APELLIDOS Y NOMBRES	%

DECLARACIÓN JURADA

Declaro bajo juramento, que la información consignada en el presente formulario es verdadera, no es adulterada, sujeta al principio de veracidad y fiscalización posterior establecida en la Ley N°27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General.

Asimismo, tiene conocimiento que de comprobarse falsedad en la declaración, información o documentación presentada, se encuentra obligado(a) a resarcir los daños ocasionados, así como a asumir la responsabilidad penal a que hubiera lugar.

Autorizo que las notificaciones de actos administrativos se remitan al correo electrónico declarado en el presente formulario: SI NO

FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR

FIRMA Y SELLO DE ESSALUD

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

DNI

C.E.

Otro (Especificar):

NRO. DOC. IDENTIDAD:

APELLIDOS Y NOMBRES:

CORREO ELECTRÓNICO:

TIPO DE ASEGURADO:

REGULAR

AGRARIO

POTESTATIVO

CONVENIO CON EL CGBVP

NRO. DE RUC DEL EMPLEADOR (Sólo si es asegurado regular o agrario dependiente):

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O CONCUBINO(A)

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

DNI

C.E.

Otro (Especificar):

NRO. DOC. IDENTIDAD:

APELLIDOS Y NOMBRES:

INFORMACIÓN DE BENEFICIARIO(S)

TIPO DOC. IDENT.	NRO. DOC. IDENT.	APELLIDOS Y NOMBRES	%

DECLARACIÓN JURADA

Declaro bajo juramento, que la información consignada en el presente formulario es verdadera, no es adulterada, sujeta al principio de veracidad y fiscalización posterior establecida en la Ley N°27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General.

Asimismo, tiene conocimiento que de comprobarse falsedad en la declaración, información o documentación presentada, se encuentra obligado(a) a resarcir los daños ocasionados, así como a asumir la responsabilidad penal a que hubiera lugar.


Autorizo que las notificaciones de actos administrativos se remitan al correo electrónico declarado en el presente formulario: SI NO

FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR

FIRMA Y SELLO DE ESSALUD

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO N° 6012 "REGISTRO DE TITULAR Y BENEFICIARIOS +VIDA SEGURO DE ACCIDENTES"

"Éste formulario se utiliza para registrar al asegurado titular del +Vida Seguro de Accidentes y sus beneficiarios, con el fin de otorgar la indemnización correspondiente en caso de la ocurrencia de algún siniestro. Debe ser presentado en cualquier Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas a nivel nacional"



**REGISTRO DE TITULAR Y BENEFICIARIOS
+VIDA SEGURO DE ACCIDENTES**

FORMULARIO N° 6012
(version 2)

Marcar el tipo de documento de identidad del asegurado titular, "DNI" (Documento Nacional de Identidad); "C.E." (Carné de Extranjería) u "Otro" (especificar).

Marcar: "REGULAR" para trabajador regular, "AGRARIO" para agrario dependiente o independiente, "POTESTATIVO" para afiliado potestativo de EsSalud.
Nota: El pescador y procesador pesquero artesanal independiente es considerado trabajador regular.

Marcar el tipo de documento de identidad del cónyuge o concubino(a) "DNI", "C.E.", u "Otro" (especificar).

Consignar el tipo de documento de identidad del/los beneficiario(s) "DNI" (Documento Nacional de Identidad); "C.E." (Carné de Extranjería) u "Otro" (especificar).

Consignar el número del documento de identidad del beneficiario.

Consignar: Firma del asegurado titular afiliado al +Vida Seguro de Accidentes.

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

<small>TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:</small> <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Otro (Especificar): _____	<small>NRO. DOC. IDENTIDAD:</small> _____
<small>APELLIDOS Y NOMBRES:</small> _____	
<small>CORREO ELECTRÓNICO:</small> _____	
<small>TIPO DE ASEGURADO:</small> <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> AGRARIO <input type="checkbox"/> POTESTATIVO	<small>CONVENIO CON EL CGBVP</small> <input type="checkbox"/>
<small>NRO. DE RUC DEL EMPLEADOR (Sólo si es asegurado regular o agrario dependiente):</small> _____	

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O CONCUBINO(A)

<small>TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:</small> <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Otro (Especificar): _____	<small>NRO. DOC. IDENTIDAD:</small> _____
<small>APELLIDOS Y NOMBRES:</small> _____	

INFORMACIÓN DE BENEFICIARIO(S)

<small>TIPO DOC. IDENT.</small>	<small>NRO. DOC. IDENT.</small>	<small>APELLIDOS Y NOMBRES</small>	<small>%</small>

DECLARACIÓN JURADA

Declaro bajo juramento, que la información consignada en el presente formulario es verdadera, no es adulterada, sujeta al principio de veracidad y fiscalización posterior establecida en la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General.

Asimismo, tiene conocimiento que de comprobarse falsedad en la declaración, información o documentación presentada, se encuentra obligado(a) a resarcir los daños ocasionados, así como a asumir la responsabilidad penal a que hubiera lugar.

Autorizo que las notificaciones de actos administrativos se remitan al correo electrónico declarado en el presente formulario: SI NO

FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR

FIRMA Y SELLO DE ESSALUD

Consignar el número de documento de identidad, nombre completo y correo electrónico del asegurado titular.

Marcar en caso de ser declarados por el Cuerpo General de Bomberos Voluntarios del Perú (CGBVP).

Consignar el número de RUC del empleador (en caso de ser asegurado regular o agrario dependiente).

Consignar el número de documento de identidad y el nombre completo del cónyuge o concubino(a) del titular.

Consignar el nombre completo del beneficiario.

Consignar el porcentaje de la indemnización a otorgar a cada uno de los beneficiarios. El total debe sumar 100%.

Marcar en el recuadro, SI acepta o NO acepta ser notificado al correo electrónico consignado y declarado en el presente formulario.

Firma y sello de EsSalud indicando la fecha de recepción del formulario.

IMPORTANTE

- Llenar el formulario con letra imprenta y legible.
- No se aceptan borrones ni enmendaduras.
- Los datos de las personas y la firma deben ser idénticas a las consignadas en el documento de identidad.
- La información detallada será utilizada en caso de siniestro.

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: DNI C.E. OTRO (Especificar) _____ NÚMERO _____

PROCEDIMIENTO DE: INSCRIPCIÓN BAJA POR DESAFILIACIÓN MODIF. DATOS (ACTUALIZACIÓN)
 (SOLO PARA DERECHOHABIENTES) BAJA POR DEFUNCIÓN

APELLIDOS Y NOMBRES DEL DERECHOHABIENTE (Conforme a su documento de identidad) _____

 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: DNI C.E. OTRO (Especificar) _____ NÚMERO _____

RELACIÓN CON EL TITULAR:
 Cónyuge Concubino(a) Hijo menor de edad Hijo mayor de edad incapacitado total y permanente para el trabajo Madre gestante de hijo extramatrimonial

PROCEDIMIENTO DE ADSCRIPCIÓN TEMPORAL:

(PARA TITULARES Y DERECHOHABIENTES)

 Nueva dirección: _____ Período: Desde: DD / MM /AAAA
 Hasta: DD / MM /AAAA

Departamento	Provincia	Distrito
--------------	-----------	----------

APELLIDOS Y NOMBRES DEL DERECHOHABIENTE (Conforme a su documento de identidad) _____

 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: DNI C.E. OTRO (Especificar) _____ NÚMERO _____

RELACIÓN CON EL TITULAR:
 Cónyuge Concubino(a) Hijo menor de edad Hijo mayor de edad incapacitado total y permanente para el trabajo Madre gestante de hijo extramatrimonial

DECLARACION JURADA

El (los) firmante (s) declara (n) bajo juramento, que la información consignada y la documentación que se adjunta a la presente declaración es verdadera, no es adulterada, sujeta al principio de veracidad y fiscalización posterior establecida en la Ley N°27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General.

Asimismo, tiene conocimiento que de comprobarse falsedad en la declaración, información o documentación presentada, se encuentra obligado (a) a resarcir los daños ocasionados, así como a asumir la responsabilidad penal a que hubiera lugar.

Igualmente, autoriza (n) que las notificaciones de actos administrativos, se remitan al correo electrónico declarado en el presente formulario.

 SI NO

APELLIDOS Y NOMBRES DEL DECLARANTE: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> OTRO (Especificar) _____	NÚMERO _____
--	--------------

 Titular Cónyuge Concubino (a) Padre/Madre no asegurado Tutor Curador

Teléfono Fijo o Celular _____	Correo electrónico _____	Firma del Declarante _____
-------------------------------	--------------------------	----------------------------

 Firma y Sello del Representante Legal de la Entidad Empleadora
 (Sólo para casos de cambio de adscripción temporal por motivos laborales)

Firma y Sello de EsSalud

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: DNI C.E. OTRO (Especificar) _____ NÚMERO _____

PROCEDIMIENTO DE: INSCRIPCIÓN BAJA POR DESAFILIACIÓN MODIF. DATOS (ACTUALIZACIÓN)
 (SOLO PARA DERECHOHABIENTES) BAJA POR DEFUNCIÓN

APELLIDOS Y NOMBRES DEL DERECHOHABIENTE (Conforme a su documento de identidad)

 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: DNI C.E. OTRO (Especificar) _____ NÚMERO _____

RELACIÓN CON EL TITULAR:

 Cónyuge Concubino(a) Hijo menor de edad Hijo mayor de edad incapacitado total y permanente para el trabajo Madre gestante de hijo extramatrimonial

PROCEDIMIENTO DE ADSCRIPCIÓN TEMPORAL:

(PARA TITULARES Y DERECHOHABIENTES)

 Nueva dirección: _____ Periodo: Desde: DD / MM /AAAA
 Hasta: DD / MM /AAAA

Departamento

Provincia

Distrito

APELLIDOS Y NOMBRES DEL DERECHOHABIENTE (Conforme a su documento de identidad)

 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: DNI C.E. OTRO (Especificar) _____ NÚMERO _____

RELACIÓN CON EL TITULAR:

 Cónyuge Concubino(a) Hijo menor de edad Hijo mayor de edad incapacitado total y permanente para el trabajo Madre gestante de hijo extramatrimonial

DECLARACION JURADA

El (los) firmante (s) declara (n) bajo juramento, que la información consignada y la documentación que se adjunta a la presente declaración es verdadera, no es adulterada, sujeta al principio de veracidad y fiscalización posterior establecida en la Ley N°27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General.

Asimismo, tiene conocimiento que de comprobarse falsedad en la declaración, información o documentación presentada, se encuentra obligado (a) a resarcir los daños ocasionados, así como a asumir la responsabilidad penal a que hubiera lugar.

Igualmente, autoriza (n) que las notificaciones de actos administrativos, se remitan al correo electrónico declarado en el presente formulario.

 SI NO

APELLIDOS Y NOMBRES DEL DECLARANTE:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

 DNI C.E. OTRO (Especificar) _____

NÚMERO _____

 Titular Cónyuge Concubino (a) Padre/Madre no asegurado Tutor Curador

Teléfono Fijo o Celular

Correo electrónico

Firma del Declarante

 Firma y Sello del Representante Legal de la Entidad Empleadora
 (Sólo para casos de cambio de adscripción temporal por motivos laborales)

Firma y Sello de EsSalud

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO 1010

¿Cuándo utilizar el formulario 1010?

Este formulario será utilizado para solicitar la inscripción, baja y/o modificación de datos de derechohabientes, así como para solicitar el cambio de adscripción temporal del asegurado titular o derechohabiente.


Si el procedimiento a realizar es inscripción, baja (por desafiliación o defunción) o modificación de datos de un **derechohabiente**, marque con X el procedimiento y complete los datos del derechohabiente, indicados en esta sección.

Si el procedimiento a realizar es el cambio de adscripción temporal de un asegurado titular o derechohabiente complete los datos indicados en esta sección.

El Declarante es quien solicita la realización del procedimiento, pudiendo ser: el asegurado titular, su cónyuge o concubino(a), padre o madre no asegurada del hijo de asegurado titular, tutor o curador de hijo de asegurado titular.

El declarante debe completar los datos solicitados en todos los casos.

La firma y sello del representante legal o funcionario autorizado de la entidad empleadora, solo es necesaria para el procedimiento de adscripción temporal del asegurado titular.

		FORMULARIO ÚNICO DE SEGUROS		Formulario 1010 (versión 06)	
INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR					
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> OTRO (Especificar) _____				NÚMERO _____	
PROCEDIMIENTO DE: <input type="checkbox"/> INSCRIPCIÓN <input type="checkbox"/> BAJA POR DESAFILIACIÓN <input type="checkbox"/> MODIF. DATOS (ACTUALIZACIÓN) (SOLO PARA DERECHOHABIENTES) <input type="checkbox"/> BAJA POR DEFUNCIÓN					
APELLIDOS Y NOMBRES DEL DERECHOHABIENTE (Conforme a su documento de identidad) _____					
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> OTRO (Especificar) _____				NÚMERO _____	
RELACIÓN CON EL TITULAR: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Concubino(a) <input type="checkbox"/> Hijo menor de edad <input type="checkbox"/> Hijo mayor de edad incapacitado total y permanente para el trabajo <input type="checkbox"/> Madre gestante de hijo extramatrimonial					
PROCEDIMIENTO DE ADSCRIPCIÓN TEMPORAL: (PARA TITULARES Y DERECHOHABIENTES)					
Nueva dirección: _____			Periodo: Desde: DD / MM / AAAA Hasta: DD / MM / AAAA		
Departamento _____		Provincia _____		Distrito _____	
APELLIDOS Y NOMBRES DEL DERECHOHABIENTE (Conforme a su documento de identidad) _____					
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> OTRO (Especificar) _____				NÚMERO _____	
RELACIÓN CON EL TITULAR: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Concubino(a) <input type="checkbox"/> Hijo menor de edad <input type="checkbox"/> Hijo mayor de edad incapacitado total y permanente para el trabajo <input type="checkbox"/> Madre gestante de hijo extramatrimonial					
DECLARACION JURADA					
El (los) firmante (s) declara (n) bajo juramento, que la información consignada y la documentación que se adjunta a la presente declaración es verdadera, no es adulterada, sujeta al principio de veracidad y fiscalización posterior establecida en la Ley N°27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General. Asimismo, tiene conocimiento que de comprobarse falsedad en la declaración, información o documentación presentada, se encuentra obligado (a) a resarcir los daños ocasionados, así como a asumir la responsabilidad penal a que hubiera lugar. Igualmente, autoriza (n) que las notificaciones de actos administrativos, se remitan al correo electrónico declarado en el presente formulario.					
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
APELLIDOS Y NOMBRES DEL DECLARANTE: _____					
DOCUMENTO DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> OTRO (Especificar) _____				NÚMERO _____	
<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Concubino (a) <input type="checkbox"/> Padre/Madre no asegurado <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador					
Teléfono Fijo o Celular _____			Correo electrónico _____		
Firma del Declarante _____					
Firma y Sello del Representante Legal de la Entidad Empleadora (Solo para casos de cambio de adscripción temporal por motivos laborales)			Firma y Sello de EsSalud		

Documento de identidad del asegurado titular. Marcar con X el tipo y señalar el número. Completar los datos en todos los casos.

Marcar con X el tipo de relación o vínculo del derechohabiente con el asegurado titular.

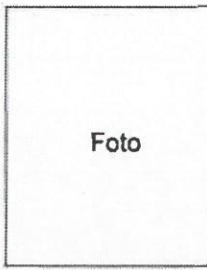
Consignar el periodo del desplazamiento temporal. Tiempo máximo: 6 meses en un año calendario por motivos no laborales.

Llenar los datos sólo si el cambio de adscripción temporal es de un derechohabiente.

USUARIO

IMPORTANTE

- Llenar el formulario con letra imprenta y legible.
- No se aceptan borrones ni enmendaduras.
- Consignar los datos de las personas de acuerdo a su documento de identidad. La firma debe ser idéntica a la consignada en el documento de identidad.



REGISTRO NACIONAL DE FUNCIONARIOS Y SERVIDORES PÚBLICOS

MINSA/INAP/PRISMA

FICHA

PLAZA

DEPENDENCIA

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

D A T O S P E R 	1. APELLIDOS Y NOMBRES										
	APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES		
	2. FECHA DE NACIMIENTO				3. LUGAR DE NACIMIENTO				Código		
	AÑO				DEPARTAMENTO						
	MES				PROVINCIA						
	DÍA				DISTRITO						
	4. NACIONALIDAD					5. SEXO					
						CODIGO	MASCULINO		<input type="radio"/> 1		
								FEMENINO		<input type="radio"/> 2	
	6. DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN					7. ESTADO CIVIL O CONYUGAL					
DNI											
RUC											
L.M											
C.E.											
C.IPSS											
8. DOMICILIO					9. GRUPO SANGUÍNEO						
DIRECCIÓN					RH	GRUPO					
DISTRITO					+	<input type="radio"/> 1	A	<input type="radio"/> 1	0	<input type="radio"/> 3	
PROVINCIA					-	<input type="radio"/> 2	B	<input type="radio"/> 2	AB	<input type="radio"/> 4	
10. NIVEL DE EDUCACIÓN ALCANZADO											
NINGÚN NIVEL			<input type="radio"/> 0	PRIMARIA INCOMPLETA			<input type="radio"/> 2	SECUNDARIA INCOMPLETA			<input type="radio"/> 4
INICIAL O PRE ESCOLAR			<input type="radio"/> 1	PRIMARIA COMPLETA			<input type="radio"/> 3	SECUNDARIA COMPLETA			<input type="radio"/> 5
SUP. NO UNIVERSITARIA INCOMPLETA				<input type="radio"/> 6	SUP. UNIVERSITARIA INCOMPLETA				<input type="radio"/> 8		
SUP. NO UNIVERSITARIA COMPLETA				<input type="radio"/> 7	SUP. UNIVERSITARIA COMPLETA				<input type="radio"/> 9		
11. GRADOS Y TÍTULOS OBTENIDOS (DE ACUERDO A LA LEY UNIV./O REVALID. EN EL PAIS)											
DENOMINACIÓN				COLEGIO	PAIS	Por el Estado	C. PROF.	PAIS			
G R A D O S	1. BACHILLER:										
	2. MAESTRÍA:										
	3. DOCTOR:										
T Í T U L 	4. TITULO PROFESIONAL										
	5. LICENCIATURA:										
	6. DE SEGUNDA ESPECIALIDAD										
	7. EN ULTERIOR ESPECIALIDAD										

12. ESTUDIOS EFECTUADOS EN EL EXTRANJERO (NO CONDOCENTES A GRADOS O TITUL/ACAD)

PAIS	INSTITUCIÓN	DENOMINACIÓN	MESES	PAIS		

E
D
U
C
A
C
I
Ó
N

13. ESTUDIOS DE EXTENSIÓN EN EL PAIS (Cursos, Seminarios, Cursosilios, Taller, etc)

AREA O ESPECIALIDAD	DURACIÓN			INSTITUCIÓN
	años	meses	días	

14. APELLIDOS Y NOMBRES DEL O DE LA CONYUGUE (Solo si el conyug. es trab. administ. público)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES

15. ENTIDAD EN QUE PRESTA SERVICIOS SU CONYUGUE

16. CARGA FAMILIAR DEL FUNC. Y/O SERV. (en numero de hijos por el que cobra S.E.)

1 CONYUGUE 2 PADRES 3 HIJOS 4 TOTAL

O
T
R
O
S

17. EXPERIENCIA COMO DOCENTE: Trabaja actualmente Si No
 1 COLEGIO 2 ACADEMIA 3 INSTITUTO 4 UNIVERSIDAD

18. EXPERIENCIA DE TRABAJO EN COMUNIDAD

1 RURAL 2 URBANO MARGINAL

19. DESCRIBA LA TAREA QUE REALIZA ACTUALMENTE EN SU DEPENDENCIA

J
U
B
I
L
A
C
I
Ó
N

20. SERVICIOS PRESTADOS	RESOL	CODIG.	DESDE	HASTA	C

L
I
C
E
N
C
I
A
S

21. AUSENCIAS / MERITOS/ DESMERITOS

COD.	RESOLUCIÓN	DESDE	HASTA	COD.	RESOLUCIÓN	DESDE	HASTA

S
F

22. CADUCIDAD DE LOS SUBSIDIO FAMILIAR

RESOLUCIÓN	HASTA	RESOLUCIÓN	HASTA	RESOLUCIÓN	HASTA