

FORMULARIO ÚNICO DE REGISTRO

| PRODUCTO | |
|-----------|-------------|
| 1 Mod Cob | Sub Mod Cob |

Nº Folio EsSalud

| AUTORIZACIÓN | | | | | | Registra | | | | |
|------------------------------|------------|---------------------------------|----------------------------|------------|-------------------------|---------------|--|-----------------|---------------|-----------------|
| Identificación del empleador | | | Identificación del titular | | | Cód entidad 1 | | Cód ofic / Ag 1 | Cód entidad 2 | Cód ofic / Ag 2 |
| 2 Pa Dc Id | 3 Tp Dc Id | Nro documento identidad entidad | 2 País Dc Id | 3 Tp Dc Id | Nro documento identidad | | | | | |

| DATOS DE LA PERSONA A REGISTRAR | | | | | | | | | |
|---------------------------------|-----------|------------------|------------|----------------------------|------------------------|-------------------------|----------------------|---------------------|--|
| 4 Tp Oper | 5 Vínculo | 2 País Dc Id | 3 Tp Dc Id | Número documento identidad | Fec nacim (dd/mm/aaaa) | Departamento nacimiento | Provincia nacimiento | Distrito nacimiento | |
| Primer apellido | | Segundo apellido | | Apellido casada | | Nombres | | | |
| Género | 6 E civil | Cód país | Cód ciudad | Nº Teléfono fijo | Cód ciudad | Nº celular | Correo electrónico | | |

| DIRECCIÓN (Opcional, cuando es diferente a la dirección de RENIEC) | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------|------------|--|--|--------------|-----------|----------|-----------|---------|------------|-------------|----------|----------|
| 7 Tp perm | 8 Tp vía | Nombre vía | | | | Número | Dpto. | Interior | Manzana | Nº Lote | Nº Kilomet | Nº Block | Nº Etapa |
| 9 Tp zona | Nombre zona | | | | Departamento | Provincia | Distrito | Nº Sector | | Referencia | | | |
| | | | | | | | | | | 10 Uso | 11 Posesión | | |

| ADICIONALES | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|----------------|-----------------|-------------------------------|------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|--|--|--|
| F Ini Vigencia (dd/mm/aaaa) | F Ter Vigencia (dd/mm/aaaa) | 12 Motivo baja | Establecimiento | Código de actividad económica | 13 Código de EPS | 14 Periodicidad | Incapacidad (dd/mm/aaaa) | | | | |
| | | | | | | | Incap. Total | <input type="checkbox"/> | | | |
| | | | | | | | Incap. Perm. | <input type="checkbox"/> | | | |

| ENFERMEDAD O CONDICIÓN CRÓNICA EXISTENTE | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------|
| Descripción | | | | | | | | | | [1] CIE10 |
| | | | | | | | | | | [2] |

| DOCUMENTO DE SUSTENTO | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------|--------|--------|--|-----------------------|--------|-----------------------|------------------------|--|--|
| Entidad emisora | | | | | Datos administrativos | | | | | |
| [1] País | Tipo | Número | Nombre | | 18 Tipo | Número | Fecha emisión/ingreso | Fecha vencimiento/cese | | |
| [2] | | | | | | | | | | |
| [3] | | | | | | | | | | |
| [4] | | | | | | | | | | |
| [5] | | | | | | | | | | |
| [6] | | | | | | | | | | |

DECLARACIÓN JURADA:

Los firmantes declaran bajo juramento que el titular desarrolla las actividades que establece EsSalud para la modalidad de cobertura solicitada. Asimismo, la información consignada en la presente declaración y anexos es verdadera, sujeta al principio de veracidad y fiscalización posterior establecida en la Ley N° 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General y a las sanciones previstas en los artículos pertinentes del Código Penal.

| Firma y sello de la Entidad | | | | | | Firma del titular | | REFRENDO | | Fecha registro |
|-----------------------------|------------|-------------------------|--|--|--|-------------------|------------|--------------------------|--|---------------------|
| 2 País Dc Id | 3 Tp Dc Id | Nro documento identidad | | | | 2 País Dc Id | 3 Tp Dc Id | | | / / |
| | | | | | | | | | | NCU |
| | | | | | | | | Firma y sello de EsSalud | | Tasa de riesgo SCTR |

Instrucciones para llenar el Formulario 1010

¿Cuándo utilizar el Formulario 1010?

El Formulario Único de Registro (Formulario 1010) será utilizado para la inscripción o afiliación de asegurados titulares, derechohabientes, representantes o contactos de entidades empleadoras, de los diferentes seguros que administra ESSALUD. Asimismo, será utilizado para la modificación de datos o baja de titulares, derechohabientes o representantes de entidades empleadoras y/o actualización de documentos requeridos.



Formulario 1010
(VERSION 01)

FORMULARIO ÚNICO DE REGISTRO

| PRODUCTO | | | Nº Folio EsSalud |
|----------|----------|-------------|------------------|
| 1 | Mod Cotj | Sub Mod Cob | |

Consigne el tipo de seguro o cobertura (ver Tabla N° 1)

Consigne el país, tipo y número de documento de identidad de la entidad empleadora que autoriza el trámite o de la empresa que contrata al trabajador independiente por SCTR. (ver tablas 2 y 3)

| IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR | | AUTORIZACION | | IDENTIFICACION DEL TITULAR | | REGISTRA | | | | | | | | | |
|------------------------------|-------|--------------|--------|----------------------------|-------------------------|----------|-------|---|--------|---|-------------------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|
| 2 | Pa Dc | 1 | Tip Dc | 2 | Nro documento identidad | 2 | Pa Dc | 3 | Tip Dc | 1 | Nro documento identidad | Cód Entidad 1 | Cód Ofic / Ag 1 | Cód Entidad 2 | Cód Ofic / Ag 2 |

Consigne el tipo de operación que se realizará a la persona (ver Tabla 4)

Consigne el país, tipo y número de documento de identidad de la persona trámite (Ver Tablas 2 y 3)

Consigne el país, tipo y número de documento de identidad del titular que autoriza el trámite (Ver Tablas 2 y 3)

Consigne el vínculo que tiene la persona a registrar con el titular o entidad empleadora, de corresponder (ver Tabla 5)

| DATOS DE PERSONA A REGISTRAR | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|--------|---|------------------|----------|------------|------------------|------------|------------|----------------------------|------------------------|-------------------------|----------------------|---------------------|
| 4 | 1 | 5 | Vinculo | 2 | Pa Dc | 1 | Tip Dc | 1 | Número documento identidad | Fec Nacim (dd/mm/aaaa) | Departamento Nacimiento | Provincia Nacimiento | Distrito Nacimiento |
| Primer Apellido | | | Segundo Apellido | | | Apellido Casada | | | Nombres | | | | |
| 6 | Genero | 8 | E Civil | Cód Pais | Cód Ciudad | N° Telefono Fijo | Cód Ciudad | N° Celular | Correo Electrónico | | | | |

Consigne el género (Femenino = F ó Masculino = M)

Consigne el estado civil (ver tabla 6)

Consigne el código del país (Cód. Perú=51), código de la ciudad y el número telefónico

Consigne el código de la ciudad y el número del celular

Consigne el Correo Electrónico de la persona a registrar

Consigne el domicilio del asegurado. Ver las Tablas 7, 8, 9, 10 y 11

Consigne la condición de posesión del predio (ver Tabla 11)

Consigne el tipo de permanencia de la dirección. (ver Tabla 7)

| DIRECCION (Opcional, cuando es diferente a la dirección de RENIEC) | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|------|--------------|---------|------------|-----------|--|--------|----------|----------|---------|-----------|------------|----------|----------|
| 7 | 1 | Perm | 8 | Tip vía | Nombre vía | | | Número | Departam | Interior | Manzana | N° Lote | N° Kilomet | N° Block | N° Etapa |
| Nombre zona | | | Departamento | | | Provincia | | | Distrito | | | N° Sector | | | |
| Referencia | | | | | | | | | | | | 1 | Uso | 1 | Poseión |

Consigne el tipo de zona (ver Tabla 9)

Consigne el tipo de vía (ver Tabla 8)

Indique una referencia para ubicar la dirección

Consigne la condición de uso de la dirección (ver Tabla 10)

Consigne la condición de posesión del predio (ver Tabla 11)

Consigne la condición de uso de la dirección (ver Tabla 10)

Consigne la patología, enfermedad preexistente, o afección para la cual está recibiendo atención médica.

| ADICIONALES | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---------------------------|---|---------------------------|---|-------------|-----------------|-------------------------------|---|---|---------------|---|---|--------------|------------------------|------------|------------------------|
| F | Ins Vigencia (dd/mm/aaaa) | F | Ter Vigencia (dd/mm/aaaa) | 1 | Motivo baja | Establecimiento | Código de Actividad Económica | 1 | 3 | Código de EPS | 1 | 4 | Periodicidad | Incapacidad Inc. Total | dd/mm/aaaa | Incapacidad Inc. Perm. |
| ENFERMEDAD O CONDICIÓN CRÓNICA EXISTENTE | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Descripción | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [1] GE10 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [2] | | | | | | | | | | | | | | | | |

Consigne el motivo de baja en el caso que el tipo de operación sea baja. (ver Tabla 12)

Consigne el código del establecimiento laboral donde realiza el trabajo de riesgo

Consigne el Código de la actividad económica que realiza el afiliado titular

Consigne el código de la EPS que el titular se encuentre afiliado (ver Tabla 13)

Declarar la fecha de inicio de la incapacidad

Consigne la periodicidad del aporte que desea realizar por el Seguro Potestativo o Potestativo PEAS (Ver Tabla 14)

Consigne los datos de los documentos que sustentan el trámite

| DOCUMENTO DE SUSTENTO | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|---|------|---|---|------|-----------------------|--------|---|---|------|--------|-----------------------|------------------------|
| Entidad Emisora | | | | | | Datos Administrativos | | | | | | | |
| 1 | 1 | País | 1 | 2 | Tipo | Número | Nombre | 1 | 8 | Tipo | Número | Fecha emisión/Ingreso | Fecha vencimiento/Cese |

Consigne el tipo de documento administrativo (ver Tabla 18)

Tabla N° 1: Modalidad de Cobertura

| Código | Descripción |
|--------|----------------------|
| 01 | SEGURO REGULAR |
| 02 | SEGURO AGRARIO |
| 04 | POTESTATIVO |
| 05 | RIESGO TRABAJO |
| 06 | +VIDA |
| 07 | SOAT |
| 08 | COBERTURA ESPECIALES |
| 09 | SEGURO INDEPENDIENTE |
| 10 | COBERTURA CONVENIOS |
| 11 | SEGURO DEL EJERCITO |
| 99 | NO ASEGURADO |

Tabla N° 3: Tipo de Documento de Identificación

| Código | Texto |
|--------|---|
| 01 | DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD |
| 04 | CARNET DE EXTRANJERIA |
| 06 | REG. UNICO DE CONTRIBUYENTES |
| 07 | PASAPORTE |
| 17 | COD. INSCRIPCIÓN EMPLEADOR TH |
| 20 | NUMERO CORRELATIVO DE ORGANIZACIÓN- NCO |
| 80 | DOCUMENTO NO ESPECIFICADO |
| 99 | OTROS |

Tabla 6: Estado Civil

| Código | Descripción |
|--------|-------------|
| 01 | SOLTERO |
| 02 | CASADO |
| 03 | VIUDO |
| 04 | DIVORCIADO |

Tabla N° 9: Tipo de Zona

| Código | Descripción |
|--------|-------------------------------|
| 01 | URBANIZACIÓN |
| 02 | PUEBLO JOVEN |
| 03 | UNIDAD VECINAL |
| 04 | CONJUNTO HABITACIONAL |
| 05 | ASENTAMIENTO HUMANO |
| 06 | COOPERATIVA |
| 07 | RESIDENCIAL |
| 08 | ZONA INDUSTRIAL |
| 09 | GRUPO |
| 10 | CASERIO |
| 11 | FUNDO |
| 12 | ZONIFICACION DE ESSALUD |
| 13 | ZONIFICACION DE MUNICIPALIDAD |
| 14 | BARRIO |
| 15 | ZONA |
| 99 | OTROS |

Tabla N° 12: Motivo de baja de persona

| Código | Descripción |
|--------|--|
| 01 | FALLECIMIENTO |
| 02 | A SOLICITUD |
| 04 | NO RENOVIACION DE REQUISITOS |
| 05 | CADUCIDAD DEL CONTRATO |
| 06 | CESE LABORAL |
| 21 | DIVORCIO O DISOLUCION DE VINCULO MATRIMONIAL |
| 22 | FINDE CONCUBINATO |
| 23 | FINDE GESTACION |
| 24 | HJO ADQUIERE MAYORIA DE EDAD |
| 26 | FINDE LA GESTACION |

Tabla N° 2: Países

| Código | Descripción |
|--------|----------------|
| 032 | ARGENTINA |
| 068 | BOLIVIA |
| 076 | BRASIL |
| 124 | CANADA |
| 152 | CHILE |
| 156 | CHINA |
| 170 | COLOMBIA |
| 218 | ECUADOR |
| 724 | ESPAÑA |
| 840 | ESTADOS UNIDOS |
| 380 | ITALIA |
| 484 | MEXICO |
| 558 | NICARAGUA |
| 591 | PANAMA |
| 600 | PARAGUAY |
| 604 | PERU |
| 710 | SUDAFRICA |
| 862 | VENEZUELA |
| 999 | OTROS |

Tabla N° 4: Tipo de Operación

| Código | Descripción |
|--------|-------------|
| 1 | ALTA |
| 2 | BAJA |
| 3 | CAMBIOS |

Tabla 7 Tipo de Permanencia

| Código | Descripción |
|--------|-------------|
| 01 | PERMANENTE |
| 02 | TEMPORAL |
| 99 | OTROS |

Tabla N° 10: Condición de Uso del Predio

| Código | Descripción |
|--------|-----------------|
| 01 | DOMICILIARIO |
| 02 | LABORAL |
| 03 | AGRICOLA |
| 04 | COMERCIAL |
| 05 | SIN USO |
| 06 | DECLARADO |
| 07 | LEGAL |
| 08 | CORRESPONDENCIA |
| 99 | OTROS |

Tabla N° 13: Empresa Prestadoras de Salud

| Código | Descripción |
|-------------|----------------------|
| 20414955020 | RIVAC- INTERNACIONAL |
| 2043115825 | PACIFICO SALUD |
| 20514372251 | PERISALUD |
| 20517182673 | MAPFRE PERU |
| 20523470761 | COLSANITAS PERU |

Tabla N° 5: Vinculo

| Código | Descripción |
|--------|---|
| 01 | TITULAR |
| 02 | HJO |
| 03 | CONYUGE |
| 04 | CONCUBINA (O) |
| 05 | MADRE GESTANTE DE HJO EXTRAMATRIMONIAL |
| 06 | HJO MAYOR DE EDAD INCAPACITADO PERMANENTE |
| 07 | PADRE |
| 08 | MADRE |
| 09 | TUTOR |
| 10 | CURADOR |
| 11 | SOLICITANTE |
| 12 | NEONATO |
| 13 | BENEFICIARIO |
| 14 | OTRO FAMILIAR NO DERECHOHABIENTE |
| 15 | HJO POSTUMO |
| 55 | ENTIDAD COOPERANTE |
| 99 | OTROS |

Tabla 8 Tipo de Vía

| Código | Descripción |
|--------|---------------------|
| 01 | AVENIDA |
| 02 | JIRÓN |
| 03 | CALLE |
| 04 | PASAJE |
| 05 | ALAMEDA |
| 06 | MALECON |
| 07 | ÓVALO |
| 08 | PARQUE |
| 09 | PLAZA |
| 10 | CARRETERA ASFALTADA |
| 11 | CAMINO AFIRMADO |
| 12 | TROCHA CARROZABLE |
| 13 | TROCHA |
| 14 | CAMINO RURAL |
| 15 | BAJADA |
| 16 | GALERIA |
| 17 | PROLONGACION |
| 18 | PASEO |
| 19 | PLAZUELA |
| 20 | PORTAL |
| 21 | BOULEVARD |
| 22 | AUTOPISTA |
| 99 | OTROS |

Tabla N° 11: Condición de Posesión del Predio

| Código | Descripción |
|--------|-------------------|
| 1 | PROPIETARIO |
| 2 | ARRENDATARIO |
| 3 | EN POSESION |
| 9 | OTRAS CONDICIONES |

Tabla N° 14: Periodicidad

| Código | Descripción |
|--------|-------------|
| 2 | MENSUAL |
| 3 | ANUAL |

Tabla N° 18: Documentos Requeridos

| Código | Descripción |
|--------|--------------------------------------|
| 003 | CONTRATO DE TRABAJO |
| 005 | LIQUI. DE BENEF. SOCIALES |
| 008 | PARTIDA DE MATRIM. EXTRANJERO |
| 011 | PART. DEF. TIT. Y/O DER. |
| 013 | RESOL. DIREC. HJO INCAP. |
| 015 | PART. MATR. ANOT. DISOLUCION |
| 016 | CERT. DOMICI. CONCUBINATO |
| 018 | SENTENCIA JUDIC. DIVORCIO |
| 019 | RESOL. ALCAL. DISOLUCION MATRI |
| 020 | ACT. NOT. DISOLUCION VINC. MATRI |
| 021 | RESOL. RECON. O SENT. DIVORCIO EXTRA |
| 022 | COPIA ESC. PUB. O TESTAM. RECNOC. |
| 241 | DECLARATORIA DE PATERNIDAD |
| 036 | ACTA O PART. DEFUN EXTRANJ |
| 049 | HOJA TRAM. PENS EXP ONP |
| 057 | CARTA |
| 058 | NOTIFICACION |
| 071 | ACTA DE MATRIMONIO |
| 099 | OTROS |
| 195 | BOLETA DE REMUNERACION |
| 216 | ESCRPU |
| 221 | ACTA O PART. MATRI CIVIL |
| 224 | ESC. PUB. UNION H. LEY 29560 |
| 225 | RES. JUD. REC. UNION HECHO |
| 230 | CERTIFICADO DE NACIDO VIVO |

Importante

- En la parte superior derecha del Formulario y del(los) Anexo(s) consignar el número de página. Por ejemplo, si utiliza el formulario y dos anexos, entonces en el formulario debe consignar 1 de 3, en el Primer Anexo consignar 2 de 3 y en el segundo Anexo consignar 3 de 3.
- Consignar los Datos de las personas según Documento de Identificación correspondiente
- Utilizar el Anexo A del Formulario 1010 si requiere registrar más de un asegurado titular, derechohabiente, representante o contacto de entidades empleadoras.
- No consignar información en los recuadros sombreados son de "USO ESSALUD".
- Llenar el Formulario y el(los) Anexo(s) con letra IMPRENTA y LEGIBLE.
- No se aceptan BORRONES NI ENMENDADURAS.