

FORMULARIO ÚNICO DE REGISTRO

PRODUCTO	
1 Mod Cob	Sub Mod Cob

Nº Folio EsSalud

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

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.

<p>Firma y sello de la Entidad</p> <p>2 País Dc Id 3 Tp Dc Id Nro documento identidad</p>	<p>Firma del titular</p> <p>2 País Dc Id 3 Tp Dc Id Nro documento identidad</p>	<p>REFRENDO</p> <p>Firma y sello de EsSalud</p>	Fecha registro
			/ /
			NCU
			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 requisitos.



Formulario 1010
(VERSION 01)

FORMULARIO ÚNICO DE REGISTRO

PRODUCTO			Nº Folio EsSalud
Mod Cotj	Sub Mod Cob	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	3 Dc	4 H	3	1	2	2 Pa	3 Dc	4 H	3	1	2	3	4	5	6
Nro documento identidad Entidad		Tip Dc H		Nro documento identidad		País Dc H		Tip Dc H		Cód Entidad 1		Cód Ofic / Ag 1		Cód Entidad 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	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Vinculo		País Dc H		Tip Dc H		Número documento identidad		Fec Nacim (dd/mm/aaaa)		Departamento Nacimiento		Provincia Nacimiento		Distrito Nacimiento	
Primer Apellido				Segundo Apellido				Apellido Casada				Nombres			
6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Genero		E Civil		Cód País		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	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Perm		Tip via		Nombre via				Número		Departam Interior		Manzana		N° Lote	
N° Kilomet		N° Block		N° Etapa		Nombre zona				Departamento		Provincia		Distrito	
N° Sector		Referencia				Uso		Posesión							

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)

Consigra Inc. Total: Limitación en la función intelectual, motora y/o sensorial. Inc. Perm.: Reducciones anatómicas y funcionales graves que lo inhabilitan de profesión u oficio.

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

ADICIONALES															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Inc. Total		Inc. Perm.		dd/mm/aaaa		Motivo baja		Establecimiento		Código de Actividad Económica		Código de EPS		Incapacidad	
ENFERMEDAD O CONDICIÓN CRÓNICA EXISTENTE															
Descripción															
[1] GE10															
[2]															

Declarar la fecha de inicio de la incapacidad

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)

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	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
País		Tipo		Número			Nombre		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 RENOVACION 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	PERUSALUD
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	PROMOLONGACION
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.