



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 NACIONAL DE FUNCIONARIOS Y SERVIDORES PÚBLICOS

MINSA/INAP/PRISMA

FICHA

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

PLAZA

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

DEPENDENCIA

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

D A T O S P E R S O N A L E S	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						SOLTERO (A) <input type="radio"/> 1			VIUDO (A) <input type="radio"/> 4				
RUC						CASADO (A) <input type="radio"/> 2			DIVORCIADO <input type="radio"/> 5				
L.M						CONVIVIENTE <input type="radio"/> 3			SEPARADO <input type="radio"/> 6				
C.E.													
C.IPSS													
8. DOMICILIO						9. GRUPO SANGUÍNEO							
DIRECCIÓN						RH			GRUPO				
DISTRITO													
PROVINCIA						TEL.							
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)													
E D U C A C I O N	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 O S	4. TÍTULO PROFESIONAL											
		5. LICENCIATURA:											
		6. DE SEGUNDA ESPECIALIDAD											
		7. EN ULTERIOR ESPECIALIDAD											

E
D
U
C
A
C
I
Ó
N

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

PAIS	INSTITUCIÓN	DENOMINACIÓN	MESES	PAIS

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

201

FUNCIÓN O SERV.

FIRMA Y SELLO DEL JEFE DE PERSONAL

6

DECLARACION JURADA DE ASEGURADOS Y DERECHOHABIENTES

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.

REGISTRO DE TITULAR Y BENEFICIARIOS + VIDA SEGURO DE ACCIDENTES

IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR		
País (Tabla N°2)	Tipo de docum. (Tabla N°3)	N° de documento de identidad

N° Folio EsSalud	
Pág. N°	De

DISTRIBUCIÓN GRATUITA - PROHIBIDA SU VENTA

DATOS DEL TITULAR					
Tipo de oper. (Tabla N°4)	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
	País (Tabla N°2)	Tipo de docum. (Tabla N°3)	Número		

DATOS DEL CÓNYUGE O CONCUBINO(A)					
Vínculo (Tabla N°5)	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
	País (Tabla N°2)	Tipo de docum. (Tabla N°3)	Número		

B E N E F I C I A R I O S	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN			VÍNCULO	APELLIDOS Y NOMBRES		PARTIC.		
	País (Tabla N°2)	Tipo de docum. (Tabla N°3)	Número	(Tabla N°5)	Primer apellido	Segundo apellido	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:	REFRENDO	Fecha de registro / /
Firma del titular	Firma y sello de EsSalud	

Tabla N° 2: Países

Código	País
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	Descripción
01	Documento Nacional de Identidad
04	Carnet de Extranjería
06	Registro Único de Contribuyentes
07	Pasaporte
17	Cod. Inscrición Empleador TH
20	Número correlativo de organización-NCO
80	Documento no especificado
99	Otros

Tabla N° 4: Tipo de operación

Código	Descripción
1	Alta
2	Baja
3	Cambios

Tabla N° 5: Vínculo

Código	Descripción
01	Titular
02	Hijo
03	Cónyuge
04	Concubina (o)
05	Madre gestante de hijo extramatrimonial
06	Hijo 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	Hijo póstumo
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

FO/ TO DE ELECCION DEL REGIMEN PENSIONAR

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

TELEFONO FIJO:

EMAIL PERSONAL (Alternativo)

CELULAR:

II. DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA

1. NOMBRE O RAZON SOCIAL:

2. N° 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: _____

Firma de de 201.....

DECLARACION JURADA

Yo,identificado con DNI No....., domiciliado en el Jr. Calle.av.....; al amparo de la Ley No. 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General **DECLARO BAJO JURAMENTO**, en honor a la verdad lo siguiente :

- 1.- Que no estoy afiliado (s) en ninguna de las AFPs.
- 2.- Que, mi deseo es aportar al Sistema Nacional de Pensiones (Oficina de Normalización Previsional) ONP.

En caso de falsedad me someto a las sanciones establecidas por dicha Ley.

Huánuco, de del 2017

.....

Firma