## ANEXO 19: “Orden de Verificación/Entrevista al asegurado”

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ORDEN DE VERIFICACION/ENTREVISTA AL ASEGURADO Nº ${codOficina}-2017-VCA-${newmax}-245-001** | | | | |
| En\_${idArea}\_, siendo el \_${date1}, se inicia el presente procedimiento de verificación de la condición del asegurado/entidad empleadora del trabajador del hogar, en mérito a lo dispuesto en la Ley Nº 29135 y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo Nº 002-2009-TR: | | | | |
| Apellidos y nombres de asegurado (a): | ${datos} | | | |
| Documento de identidad | ${tipodoc}  ${dni} | | | |
| Domicilio de asegurado (a) | ${domicilio} | | | |
| Fecha | ${date2} | | | |
| ¿Cuál es el nombre completo de su entidad empleadora? | | | | |
| ${nombreeempleadora} | | | | |
| ¿Cuál es la dirección donde trabaja? | | | | |
| ${direempleadora} | | | | |
| Mencione números celulares o teléfono fijo de su de su empleador: | | | | |
| Celular: ${celular}  Número fijo del domicilio donde presta labores: ${fijo} | | | | |
| ¿Tiene alguna relación familiar o de amistad con su empleador (si la respuesta es afirmativa, señalar de qué tipo) | | | | |
| ${nrespuesta3}  ${rptasi}  ……………………………………………………………………………………………………………… | | | | |
| ¿Hace cuánto tiempo trabaja? Si dejó de laborar, indicar fecha de término. | | | ¿Indique el monto de su remuneración mensual? | |
| ${tiempolabora}.  ${fechater} | | | S/. ${monto} | |
| ¿Indique cuál es su horario de trabajo? | | | ¿Indique que días de la semana trabaja? | |
| ${horariotrabajo} | | | ${dias} | |
| ¿Describa el lugar donde realiza sus funciones o su labor? | | | | |
| ${desclugartrab} | | | | |
| Si es trabajador del hogar, mencione los nombres completos de familiares que comparten la vivienda donde usted presta el servicio | | | | |
| 1. ${familiar1} 2. ${familiar2} 3. ${familiar3} | | | | |
| ¿Indique cada cuanto tiempo le paga su empleador? (Periodicidad de pago). En caso de Trabajador del Hogar indicar si es cama dentro o fuera. | | | | |
| ${periodopago}  ${dormir} | | | | |
| ¿Qué documento le entrega su empleador como constancia de pago? | | | | |
| ${constanciapago} | | | | |
| ¿Cuáles son sus funciones o el trabajo que realiza en su centro laboral? | | | | |
| ${funcionestrabajo} | | | | |
| ¿Usted realiza el aporte a EsSalud con sus recursos económicos? | | | | |
| ${aportes} | | | | |
| ¿Usted realiza el aporte a la ONP o AFP con sus recursos económicos? | | | | |
| ${aporteafponp} | | | | |
| ¿Cuántos días de descanso médico ha tenido en los doce (12) últimos meses? | | | | |
| ${descansomedico} | | | | |
| Observaciones: | | | | |
| ${obs} | | | | |
| *En virtud a lo dispuesto en las Leyes Nº 29135 y 27444, me someto a las verificaciones que disponga EsSalud para corroborar la veracidad del contenido de la presente Orden de Verificación/Entrevista al Asegurado, y de comprobarse su falsedad, me sujeto a las consecuencias administrativas, civiles y penales a que hubiere lugar.* | | | | |
| Firma y sello del verificador de EsSalud | | Asegurado(a) | | |
| Firma :  DNI: | | Huella digital: |

*Nota: Se deben llenar todos los campos con letra clara y legible en forma obligatoria. En caso el asegurado se niegue a realizar la presente declaración jurada, se debe registrar ello en la parte inferior*