## ANEXO 01: “Carta de Presentación de Verificación”

Año del Buen Servicio al Ciudadano”

"Año de la Lucha contra la Corrupción"

Carta N° **${codOficina}-${codOficina}-VCA-${newmax}-237-${codOficina}**

**${distritoOSPE}**

**Señor(es):**

**${nombreEntidad}**

**RUC ${eempleadora}**

**${direccionAE}**

Representante Legal: **${nomRL}**

Documento de Identidad: **${numRL}**

Presente.-

Por el presente nos dirigimos a ustedes en relación a nuestra Orden de Verificación N° **${codOficina}-2017-VCA-${newmax}-084-001** de fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con la finalidad de presentar al personal verificador que iniciará el procedimiento de verificación de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Verificador | Tipo y número del Documento de Identidad |
| **${vv1}** | **${vvn1}** |
| **${vv2}** | **${vvn2}** |
| **${vv3}** | **${vvn3}** |
| **${vv4}** | **${vvn4}** |
| **${vv5}** | **${vvn5}** |
| **${vv6}** | **${vvn6}** |
| **${vv7}** | **${vvn7}** |
| **${vv8}** | **${vvn8}** |
| **${vv9}** | **${vvn9}** |
| **${vv10}** | **${vvn10}** |
| **${vv11}** | **${vvn11}** |

Si usted desea confirmar la identidad de los servidores designados, podrá acceder a la siguiente dirección electrónica <http://www.essalud.gob.pe/agencias-y-oficinas-de-seguros/> y/o comunicarse telefónicamente al número (Teléfono y anexo de la OSPE) en el horario de (colocar horario de atención), a efectos de confirmar su identidad.

Atentamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma y Sello del Jefe de UCF u OSPE, según el tipo de oficina

## ANEXO 02: “Orden de Verificación”

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Orden de Verificación N° **${codOficina}-2017-VCA-${newmax}-084-001** | | | | | Ciudad y Fecha: |
| **${nombreEntidad}** | | | | | |
| **RUC Nº ${eempleadora}** | | | | | |
| Domicilio real ( ) / fiscal ( ): **${direccionAE}** | | | | | |
| **Presente.-**  Nos dirigimos a Ud., para comunicarle que, de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 29135, modificada por Decreto Legislativo Nº 1172, y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 002-2009-TR, se dará inicio al procedimiento de verificación del(los) siguiente(s) asegurado(s): | | | | | |
| N° | Nombres y Apellidos | | DNI | | Período a Verificar – Fecha de Inicio de la afiliación hasta la fecha de acreditación del asegurado |
| 1 | **${datos}** | | **${dni}** | | **${pevaluar1}** |
|  |  | |  | |  |
| Para llevar a cabo este procedimiento se ha designado a los siguientes verificadores: | | | | | |
| N° | Nombres y Apellidos | | | | DNI |
| 1 | **${vv1}** | | | | **${vvn1}** |
|  | **${vv2}** | | | | **${vvn2}** |
|  | **${vv3}** | | | | **${vvn3}** |
|  | **${vv4}** | | | | **${vvn4}** |
|  | **${vv5}** | | | | **${vvn5}** |
|  | **${vv6}** | | | | **${vvn6}** |
|  | **${vv7}** | | | | **${vvn7}** |
|  | **${vv8}** | | | | **${vvn8}** |
|  | **${vv9}** | | | | **${vvn9}** |
|  | **${vv10}** | | | | **${vvn10}** |
|  | **${vv11}** | | | | **${vvn11}** |
| **En virtud de lo dispuesto en el Artículo 11° del Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 002-2009-TR, le solicitamos poner a disposición del personal verificador los siguientes documentos:** | | | | | |
| 1. Contrato de Trabajo del asegurado | |  | | 1. Documentos de asignación de funciones del asegurado | |
| 1. Declaraciones Tributarias-PDT 621- últimos doce (12) meses | |  | | 1. Documentos presentados por el trabajador al empleador que evidencien las funciones desarrolladas en los últimos doce (12) meses | |
| 1. Registro en el MTPE | |  | | 1. Registro de Ventas. Comprobantes de pago que emite | |
| 1. Registros especiales según su actividad económica | |  | | 1. Registro de Compras. | |
| 1. Planilla de Sueldos o Remuneraciones/ Planilla Electrónica-PDT 601 | |  | | 1. Relación de Productos o Servicios que vende | |
| 1. Boletas de Pago del asegurado de los últimos doce (12) meses | |  | | 1. Carta de empleador para depósito de CTS de los últimos semestres. | |
| 1. Partes diarios de Asistencia de los últimos doce (12) meses | |  | | 1. CIR empleador de trabajadora del hogar | |
| 1. Doce (12) últimos pagos de Aporte ONP/AFP del asegurado | |  | | 1. Título de propiedad, Titulo de Posesión, Contrato de Arrendamiento o cesión de Uso del terreno donde se realiza la actividad Agraria | |
| 1. Descansos médicos de los últimos doce (12) meses | |  | | 1. Requerir si considera otros documentos | |
| El verificador, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 07° del Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 002-2009-TR, está facultado para iniciar la verificación inmediatamente después de recibida la Orden de Verificación, ingresar al centro de trabajo, levantar actas, practicar cualquier diligencia de investigación, examen o prueba que considere necesario, requerir información e identificación de las personas que se encuentren en el centro de trabajo materia de la acción de verificación y solicitar la comparecencia de la entidad empleadora o sus representantes, de los trabajadores y de cualesquiera sujetos incluidos en su ámbito de actuación en el centro inspeccionado.  El empleador debe permitir el ingreso a los funcionarios y/o servidores públicos en el centro de trabajo, lugar o establecimiento donde se lleva a cabo la verificación, colaborar con ellos durante su visita y facilitar la información y documentación que le sea solicitada para desarrollar la función de verificación, **el incumplimiento de lo señalado en el párrafo anterior constituye infracción tipificada en el artículo 25° del Reglamento en mención**, estando sujetos a las sanciones contenidas en el anexo de Tabla de Infracciones y Sanciones contenidas en el referido Decreto Supremo.  En caso el verificador no sea atendido o exista demora en la atención, llevará a cabo una nueva visita dentro de los tres (3) días hábiles siguientes, para lo cual se deberá tener toda la información y/o documentación a su disposición, tal como se señala en el artículo 16° de la norma antes acotada**.**  Si usted desea confirmar la identidad de los servidores designados podrá acceder a la siguiente dirección electrónica <http://www.essalud.gob.pe/agencias-y-oficinas-de-seguros/> y/o comunicarse telefónicamente al número (Teléfono y anexo de la UCF u OSPE, según el tipo de oficina) en el (horario de atención) para comprobar su identidad.  **Base Legal: Ley N° 29135 reglamentada por el Decreto Supremo N° 002-2009-TR.** | | | | | |
| ------------------------------------------------------------------------  Firma y Sello del Jefe Unidad de Control de las Filtraciones u OSPE, según el tipo de oficina | | | | | |

## ANEXO 03: “Acta de Impedimento o Demora en la Autorización de Ingreso al Centro de Trabajo”

|  |  |
| --- | --- |
| **${nombreEntidad}**  **RUC ${eempleadora}**  **${direccionAE}** | |
| **Acta de Constatación de Impedimento o Demora en la Autorización de Ingreso al Centro de Trabajo**  Siendo las \_\_\_\_\_\_\_\_\_ del día \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, en mi calidad de verificador, me constituí en el domicilio del (Razón Social) con el propósito de realizar la función de verificación de (colocar verificación que va a hacerse) del Sr. (……………………………………………………………………………………………) iniciada mediante Orden de Verificación N° **${codOficina}-2017-VCA-${newmax}-084-001**. Al respecto, se deja constancia que en el referido domicilio:  Se negaron a brindar atención  Demoró más de quince minutos en abrir la puerta  Por lo que, de conformidad con la Ley Nº 29135, Ley que establece el Porcentaje que deben pagar EsSalud y la Oficina de Normalización Previsional – ONP a la Superintendencia Nacional de Administración Tributaria – SUNAT por la Recaudación de su Aportaciones, y Medidas para Mejorar las Administración de Tales Aportes, modificada por Decreto Legislativo Nº 1172, y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo Nº 002-2009-TR, levanto la presente acta, procediendo a dejarla bajo la puerta del domicilio y retirarme.  (Colocar el siguiente texto si se trata de primera visita:)  Asimismo, en mérito a lo señalado en los artículos 16° y 17° del Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 002-2009-TR, se notifica al empleador que se realizará una nueva visita dentro de los tres (3) días hábiles siguientes: (colocar fecha de visita) | |
| FIRMA Y NOMBRE DEL VERIFICADOR PARA TODOS LOS CASOS | CARACTERISTICAS DEL DOMICILIO PARA TODOS LOS CASOS |
| Nombre y Apellido: | Color Fachada: |
| Documento de Identidad: | Material de Puerta: |
| Firma del Verificador | Color Puerta: |
| N° de pisos: |
| N° medidor: |

## ANEXO 04: “Carta Ampliatoria de la Orden de Verificación”

Año del Buen Servicio al Ciudadano”

"Año de la Lucha contra la Corrupción"

Carta N° **${codOficina}-2017-VCA-${newmax}-142-001**

**${distritoOSPE}**

**${nombreEntidad}**

**RUC ${eempleadora}**

**${direccionAE}**

Representante Legal: **${nomRL}**

Documento de Identidad: DNI **${numRL}**

Presente.-

Por el presente nos dirigimos a ustedes en relación a nuestra Orden de Verificación N° **${codOficina}-2017-VCA-${newmax}-084-001** de fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para comunicarles que se está ampliando el alcance del procedimiento de Verificación a los asegurados detallados en la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Apellidos y Nombres** | **Tipo y Número de Documento** | **Período a Verificar – Fecha de Inicio de la afiliación** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Cabe precisar, que el personal verificador designado mediante la Orden de Verificación, es competente para continuar llevando a cabo el procedimiento de Verificación de la condición de asegurados y de entidades empleadoras del hogar en su representada.

Atentamente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma y Sello del Jefe UCF u OSPE, según el tipo de oficina

## ANEXO 05: “Acta de Verificación”

| **Acta de Verificación N° ${codOficina}-2017-VCA-${newmax}-026-00** | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| En ………………………, siendo las .................... horas del día................de........................................, del año.................., los verificadores de EsSalud que suscriben la presente Acta, nos constituimos en el ..........................................................................................., sito en ......................................................................... con el fin de realizar la Verificación de (colocar nombres y apellidos del asegurado a verificar), identificado con DNI ........,), iniciada mediante Orden de Verificación N° **${codOficina}-2017-VCA-${newmax}-084-001** por la modalidad de …………………………………………………………., constatándose lo siguiente: | | | | | | | |
| 1. **Participantes de la Verificación:** | | | | | | | |
| Personal y Representantes de la Entidad Empleadora: | | | | | | | |
| N° | Apellidos y Nombres | | | | DNI | Cargo | |
| 1 |  | | | |  |  | |
|  |  | | | |  |  | |
|  |  | | | |  |  | |
|  |  | | | |  |  | |
| Verificadores designados por EsSalud: | | | | | | | |
| N° | Apellidos y Nombres | | | | | | |
| 1 | **${vv1} DNI: ${vvn1}** | | | | | | |
|  | **${vv2} DNI: ${vvn2}** | | | | | | |
|  | **${vv3} DNI: ${vvn3}** | | | | | | |
|  | **${vv4} DNI: ${vvn4}** | | | | | | |
|  | **${vv5} DNI: ${vvn5}** | | | | | | |
|  | **${vv6} DNI: ${vvn6}** | | | | | | |
|  | **${vv7} DNI: ${vvn7}** | | | | | | |
|  | **${vv8} DNI: ${vvn8}** | | | | | | |
|  | **${vv9} DNI: ${vvn9}** | | | | | | |
|  | **${vv10} DNI: ${vvn10}** | | | | | | |
|  | **${vv11} DNI: ${vvn11}** | | | | | | |
| 1. **Generalidades** | | | | | | | |
| Dirección de la Entidad: | | | | | | | |
| Teléfono: | | Horario de Trabajo: | | | | | |
| N° de Asegurados: | | Tiene Sucursales: Sí ( ) No ( ) De ser afirmativa la respuesta, anote su Dirección | | | | | |
| Sucursal 1: | | | | | | | |
| Sucursal 2: | | | | | | | |
| ¿Se encuentra en el Centro de Trabajo el asegurado sujeto de verificación? Sí ( ) No ( ) | | | | | | | |
| Si no se encuentra, indicar el motivo de su ausencia: | | | | | | | |
| ¿Le presenta los documentos que sustentan la ausencia del asegurado? Sí ( ) No ( )  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| **III. Requerimientos de Información ( Estos deben exhibirse y presentarse en copias legibles, (colocar Sí o No)** | | | | | | | |
| **Requerimiento de Información y/o Documentos** | | | **¿Cumplió con presentar?** | **Observación** | | | |
| Contrato de Trabajo del asegurado | | |  | Plazo Indeterminado: Sí ( ) No ( )  Contrato a Modalidad: Sí ( ) No ( )  Tipo de Contrato: | | | |
| Declaraciones Tributarias PDT- últimos doce (12) meses- PDT 621 | | |  |  | | | |
| Registros especiales según su actividad económica | | |  | Registrado en el MTPE: Sí ( ) No ( )  Otro Registro: | | | |
| Planilla de Sueldos o Remuneraciones-PDT 601 | | |  | Pago Gratificación Julio: Sí ( ) No ( ) S/.  Pago Gratificación Diciembre: Sí ( ) No ( ) S/.  Pago CTS Noviembre: Sí ( ) No ( ) S/.  Pago CTS Mayo: Sí ( ) No ( ) S/.  Pago Vacaciones: Sí ( ) No ( ) S/. | | | |
| Boletas de pago del asegurado de los últimos doce (12)) meses | | |  |  | | | |
| Partes diarios de asistencia de los últimos doce (12)) meses | | |  |  | | | |
| Doce (12) últimos pagos de Aporte ONP/AFP del asegurado | | |  |  | | | |
| Descansos médicos de los últimos doce (12) meses | | |  |  | | | |
| Documentos de asignación de funciones del asegurado | | |  |  | | | |
| Documentos presentados por el trabajador al empleador que evidencien las funciones desarrolladas en los últimos doce (12) ) meses | | |  |  | | | |
| Registro de Ventas -. Comprobantes de pago que emite | | |  |  | | | |
| Registro de Compras | | |  |  | | | |
| Relación de productos o servicios que vende | | |  |  | | | |
| **IV. Descripción del lugar donde desarrolla la labor**  ………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | |  |  | | | |
| **V. Declaración del empleador sobre la relación jurídica con el asegurado sujeto de verificación**  5.1. ¿Cuál es la relación familiar o de parentesco que tiene con el asegurado? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  5.2. ¿Desde cuándo labora el asegurado en su empresa, cuál es su horario y su remuneración? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  5.3. ¿Cuáles son las funciones asignadas al asegurado y especifique en dónde las realiza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  5.4. ¿Conoce si su trabajador realiza otras actividades? ¿Dónde? ¿En qué horario? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  5.5. Otros datos adicionales:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **VI. Observaciones: (EN ESTE ACAPITE COLOCAR TODAS LAS AFIRMACIONES QUE EL VERIFICADOR CONSIDERE IMPORTANTES, EN EL DESARROLLO DEL PROCESO. COLOCAR, DE SER EL CASO, LA RESPUESTA O MANIFESTACION DEL EMPLEADOR RESPECTO A LA VERIFICACION REALIZADA).**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Siendo las.................. horas del día .............................., se da por concluida la visita de Verificación y se firma la presente acta, teniéndose por notificada en el momento. Dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha consignada en la presente acta, la entidad empleadora podrá presentar los descargos y medios probatorios que estime pertinente y sustenten las declaraciones y/o actuaciones efectuadas  ………………………………………………… ……………………………………………………..  Firma del verificador de EsSalud Firma y Sello Entidad Empleadora  Nombre:  DNI:  Nota: Forman parte de la presente acta las declaraciones del asegurado y de terceros participantes.  La negativa de suscripción de la presente Acta, no invalida el acto de verificación, de conformidad con el artículo 19° del D.S. N° 002-2009-TR | | | | | | | |
| **Anexo 01 del Acta de Verificación Nº ${codOficina}-2017-VCA-${newmax}-026-00**  **Declaración del Asegurado**  1. ¿Cuál es la relación familiar o de parentesco que tiene con el empleador? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2. ¿Desde cuándo labora en la empresa cuál es su horario y su remuneración? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  3. ¿Cuáles son las funciones que desempeña? Asimismo, describa las características del lugar donde las realiza? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­  4. ¿Usted realiza el aporte a EsSalud con sus recursos? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  5. ¿Usted realiza el aporte a la ONP/AFP con sus recursos? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  6. Otros datos y afirmaciones adicionales:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  7. Observaciones: (COLOCAR TODAS LAS AFIRMACIONES QUE EL VERIFICADOR CONSIDERE IMPORTANTES, EN EL DESARROLLO DEL PROCESO **,** DE SER EL CASO, LA RESPUESTA O MANIFESTACION DEL EMPLEADOR RESPECTO A LA VERIFICACION REALIZADA  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Siendo las……….horas del día …………………………..., se da por concluida la visita de verificación y se firma el Anexo 1, como parte integrante del Acta de Verificación, teniéndose por notificada en el momento. Dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha consignada en la presente acta, el asegurado podrá presentar los descargos y medios probatorios que estime pertinente y sustenten las declaraciones y/o actuaciones efectuadas.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Se suscribe la presente declaración en…………. a los ……… días del mes de ……. del año……….   |  |  | | --- | --- | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma y sello del verificador de EsSalud | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma y Huella del Trabajador  Nombre:  DNI: |   Nota: La negativa de suscripción de la presente Acta, no invalida el acto de verificación, de conformidad con el artículo 19° del D.S. N° 002-2009-TR  **Anexo 02 del Acta de Verificación Nº ${codOficina}-2017-VCA-${newmax}-026-00**  **Declaración de Terceros (EL VERIFICADOR DEBERA MOSTRAR LA FOTO DEL ASEGURADO OBTENIDA DE LA RENIEC)**  Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DNI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Función en la empresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  1. ¿Conoce al trabajador sujeto de Verificación? Sí ( ) No ( )  2. Si fuera positiva su respuesta ¿podría indicarnos en que área labora el asegurado sujeto de verificación? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    3. Otros datos y observaciones adicionales.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |  |  | | --- | --- | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma y sello del verificador de EsSalud | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma y huella del tercero  Nombre:  DNI: | | | | | | | |

## 



**Tapa del Expediente del Procedimiento de Verificación**

DIRECTIVA N° 001-GCSPE-ESSALUD-2015

|  |  |
| --- | --- |
| **N° Orden** | **Contenido** |
| 1 | Nº expediente: Nº **${codOficina}-2017-VCA-${newmax}-237-001** |
| 2 | **${oficina}** |
| 3 | Nombre de Asegurado:  **${datos}** |
| 4 | DNI: **N° ${dni}** |
| 5 | Razón Social de la Entidad Empleadora:  **${nombreEntidad}** |
| 6 | Tipo de Documento: RUC/ Cod. TH: **Nº ${eempleadora}** |
| 7 | Apellidos y Nombres del verificador: |
| 8 | DNI del verificador: |
| 9 | Periodo de verificación: |
| 10 | Expediente Terminado: |